التعليم الشامل

رؤية لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام

دراسة من إعداد

مؤسسة الباحث

للاستشارات البحثية بالقاهرة

مجموعة من الأكاديميين في مجال العلوم الإنسانية

إشراف / د. السعيد مبروك ابراهيم

٢٠١٩

هذا الكتاب

لقد أصبحت فكرة (التعليم الشامل) بمعنى شمولية التعليم العادي لذوي الاحتياجات الخاصة أكثر تقبلا وتنفيذا على مر الأيام والسنين، وأصبح إبراز الفروق الفردية لدى هذه الفئات هدفاً لتحديد احتياجاتهم داخل الفصول العادية بعد أن كان مصدراً هاماً لعزلهم، إذ صار بالإمكان توظيف تلك الفروق لصالح مشاركة الأطفال لأقرانهم العاديين جنباً إلى جنب في الفصول العادية.

فالدمج يعمل على تزويد كافة الأطفال – بغض النظر عن حاجاتهم- بفوائد اجتماعية وأكاديمية قد لا تتوفر في الظروف العادية السابقة التي كانت تعزل التعليم العام عن الخاص، كما أن فرص ذي الحاجات الخاصة لاكتساب مهارات اجتماعية ولغوية ملائمة تبقى أفضل ضمن المدرسة العادية.

وفي هذا الكتاب سوف نتناول :-

فهرس الكتاب

الفصل الأول : التعليم الشامل وتفعيل الدمج التعليمي

مفهوم التعليم الشامل:

لم يعد إيجاد المكان التربوي المناسب للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة العبء الأكبر لدى العاملين في ميدان التربية الخاصة، فقد أخذت المدرسة العادية تحتل الصدارة من حيث ملاءمتها لكثير من هؤلاء الأطفال، وأخذت بالتالي تتركز الجهود على إحداث تغييرات هامة وضرورية في التدابير الأولية لعملية التعليم لدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المدارس العادية.

إن مضامين مفهوم الدمج أو كما أصبح يطلق عليه في الوقت الراهن (بالتعليم الشامل) أو المدارس الشاملة، لم تعد تقتصر على إقناع أفراد المجتمع المدرسي والمجتمع الخارجي بقبول ذوي الاحتياجات الخاصة ليشاركوهم المكان، بل قد تعدى ذلك ليصل إلى مرحلة إقناع المدرسة العادية وأصحاب القرار التعليمي لإعادة تنظيم المجتمع المدرسي بحيث لا يعود الطفل الخاص هو المشكلة والعقبة الحقيقية للنزاع التعليمي القائم، بل تغدو صلاحية المناهج الدراسية ومستوى كفاءات المعلمين هي جوهر الخلاف والنقطة الرئيسية التي يجب أن تدور حولها التساؤلات في حال تعثر نجاح هؤلاء الأطفال في المدرسة العادية.

كرة التعليم الشامل جاءت في السنوات الأخيرة نتجت عن آراء لبعض المختصين تهدف إلى إنشاء جسور محبة ودعم للأطفال غير العاديين ومحاولة دمجهم في المجتمع، وفكرة التعليم الشامل في واقع الأمر فكرة حديثة جداً، ويسعى هذا الاتجاه إلى تغيير جذري في السياسات التعليمية تجاه المعوقين من سياسة مساعدة الطالب وتربيته تربية مناسبة إلى سياسة تضيف إلى تربيته إعداده للدخول في المجتمع من أوسع أبوابه، فهو يشترك معنا في القواسم المشتركة في المجتمع، والمتخصصون يحاولون توسيع مظلة المجتمع لينضوي تحتها الأفراد المعوقون على اختلاف فئاتهم، ويجب ألا يحصروا في مؤسسات رعائية واجتماعية أو تعليمية خاصة

وإذا أردنا أن نعرف التعليم الشامل أو الدمج العام نقول أنه يقصد به وصف الترتيبات التعليمية المناسبة عندما يكون جميع الطلاب يدرسون في مدرسة الحي بغض النظر عن نوع وشدة العوق الذي يعانون منه، يدرسون في فصول مناسبة لأعمارهم مع زملائهم غير المعوقين أي العاديين إلى أقصى حد ممكن مع توفير الخدمات والدعم المناسب، فالمقصود بمصطلح الدمج الشامل أن الطالب مهما كان نوع أو شدة العوق لديه يدرس في مدرسة الحي القريبة من منزله.

ولقد أصبحت فكرة شمولية التعليم العادي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر تقبلا وتنفيذا على مر الأيام والسنين، وأصبح إبراز الفروق الفردية لدى هذه الفئات هدفاً لتحديد احتياجاتهم داخل الفصول العادية بعد أن كان مصدراً هاماً لعزلهم، إذ صار بالإمكان توظيف تلك الفروق لصالح مشاركة الأطفال لأقرانهم العاديين جنباً إلى جنب في الفصول العادية.

وقد يقلق الكثيرون من مثل ذلك التحول في الأوساط التعليمية، ومحاولة تطبيع المجتمعات لتقبل تلك التقلبات المفاهيمية التي جعلت التعليم الخاص جزءاً من المنظومة التعليمية الأساسية، حيث يشترك معه في معظم الاستعدادات والأولويات وإن اختلف معه في حاجات الأطفال ومتطلباتهم، لكن المتحمسين من المختصين لحركة التعليم الشامل يشيرون بشكل أو بآخر إلى الفوائد العامة التي يتلقاها كل من الطفل الخاص والطفل العادي ضمن عملية الإدماج. فالدمج يعمل على تزويد كافة الأطفال -كما أن فرص الطفل ذي الحاجات الخاصة لاكتساب مهارات اجتماعية ولغوية ملائمة تبقى أفضل ضمن المدرسة العادية، حيث يتوفر النموذج المناسب والذي يمكن تقليده في تلك المهارات وغيرها بين مجمل الأطفال العاديين الذين يشاركونه تلك المدرسة. فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن احتمالية تحسن الأداء الأكاديمي مرتبطة بشكل أو بآخر بالتغيرات الانفعالية والنفسية الإيجابية التي تحدث للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من جراء تحسن مفهوم الذات لديهم، والذي غالبا يعمل على تطويره لديهم التحسن في مستوى اللغة والمهارات الاجتماعية، كما أن هذين الجانبين يساهمان بشكل واضح في تحسين التفاعل الاجتماعي والقدرة على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين مما يتيح فرصاً أفضل لهؤلاء الأطفال لاكتساب المهارات التعليمية [٢].

وبناءً على ذلك فإن بيئة الإدماج يجب أن تعد بشكل مناسب وكاف بحيث تساهم بدورها في إجراء التحسن المطلوب لدى الأطفال المدمجين. وقد يتطلب ذلك الإعداد التخطيط المسبق لكافة العناصر المشاركة في عملية الدمج، حيث تتعاون أطراف متعددة لتنفيذ البرنامج كما قد تقحم بعض التعديلات في تفاصيل وملامح البيئة التعليمية لكي لا تغدو عقبه بدورها أمام إحداث التقدم المطلوب.

فنجاح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام يتطلب تعاوناً مشتركاً بين كافة الأطراف ذات الأفراد ذوي العلاقة من معلمين وإداريين واختصاصيين وأقران عاديين وأسر لهؤلاء الأطفال، لكي يسهل تقديم دمج حقيقي وخبرات تعليمية مناسبة لهؤلاء الأطفال [٣].

و قد أصبح من الضروري إجراء تغييرات ملائمة وضرورية في أهدف ومفاهيم و سياسات التعليم المطبقة في كافة دول العالم، بحيث تتحد الأطراف المتناثرة ولا يفصل الأطفال في مدارس متباينة بحجة الفروق الفردية، فإذا كانت علّة المدارس العادية عدم المقدرة على التعامل مع تلك الفروق فهو اعتراف صريح بضعف البرامج المعدة لإعداد المعلمين والبرامج التعليمية التي تناسب كافة الأطفال.

والحل لهذا المشكل لن يكون في إقصاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و نبذهم عن التعليم العام مدعين استحالة نجاحهم، إذ أننا نقدم بتلك الخطوة على حرمانهم من حقهم في المشاركة بالحياة الطبيعية، فإذا كانت المدرسة العادية بصورتها الحالية عاجزة عن احتواء أولئك الأطفال وتوفير الحد الأدنى لهم من فرص النجاح والمشاركة لهم، فهي بالتالي تعترف بوجود مشكلة أساسية في رسالتها. والأمر يتطلب أن يقف. المخططون والتربويون وقفة جادة مع النفس وطرح العديد من التساؤلات حول كيفية تطوير وتحديث المدرسة العادية بما يتلاءم مع حاجات جميع الأطفال، لا أن يتم استثناء العديد منهم بحجة عدم توفر خدمات ملائمة.

وبالنسبة للمدارس الخاصة للمعوقين الحالية فليس هناك مشاكل فيمن يقع منزله في المدينة التي يوجد بها مؤسسة خاصة، فالمشكلة تبرز أكثر لدى الطفل الذي تقيم أسرته في قرية أو مدينة لا يوجد بها مدرسة خاصة.

وهناك شرط يجب أن يتوفر لتطبيق التعليم الشامل قبل دمج الطفل المعوق مع غيره يتمثل في توفير الخدمات المساعدة للطفل، فإذا دمج الطفل في مدرسة عادية بدون وجود خدمات مساندة ومختصين معنى ذلك أننا قد ظلمنا هذا الطفل، فالدمج ليس فقط أن يدرس المعوق بمدرسة الحي ولكن أيضاً بوجود خدمات مساندة لهذه المدرسة تعين المعوق على الدراسة في الفصل العادي.

ومن المهم وضع خطة تعليمية فردية تحتوي على أهداف طويلة وقصيرة المدى للعناية بهذا الطفل حيث أن كل طفل له حالة فريدة من نوعها وينبغي تعليمه بناء على حالته، فأحياناً لا يكون الهدف من تعليم المعوق هو أن يحصل على نفس الشهادات التي يحصل عليه زميله العادي بل قد يكون الهدف من الخطة التعليمية الفردية الخاصة به هو هدف اجتماعي ورعاية نفسية، وقد تهدف الخطة الفردية إلى تلقين الطفل وتعويده على أنماط من السلوك السوي المرغوب فيه الذي يكتسبه عن طريق معايشته للطلاب العاديين.

إذن لماذا نطالب بأن يحل مصطلح التعليم الشامل محل مصطلح الدمج؟ وما هي الأسس التربوية وراء التعليم الشامل ثم ما هي المبررات التي تجعلنا نطالب بتطبيق مصطلح التعليم الشامل؟ ولا يفهم مني البعض أنني أنادي بتطبيقه في الوقت الحاضر لأنه لا يمكن تطبيقه إلا بوجود مقومات نجاحه، المتمثلة في المدرس والخدمات المساندة، ولو طبق في الوقت الحاضر بدون ذلك لكان في تطبيقه ظلم لبعض الأطفال، ويمكن أن يبدأ هذا البرنامج بدمج أصحاب العوق البسيط ثم العوق المتوسط وهكذا.

مبررات تطبيق التعليم الشامل:

١- التشجيع وإيجاد حوافز تجاه هذا التعليم، الأطفال غير العاديين هم الذين ينحرف مستواهم في الغالب عن مستوى الطفل العادي في عدد من المعوقات سواء كانت حسية أو اضطرابات السلوك أو انفعالية أو غيرها.

وهناك دراسات أجريت في هذا المجال من بينها دراسة أجريت في عام (١٩٨٣م) من قبل باحث أمريكي هو (مادنو سلفن) وصل إلى أن الطلاب الذي لديهم عوق متوسط غالباً إذا دمجوا في الفصول العادية ينجزون أكثر مما لو أنجزوا في الفصول الخاصة، وليس معنى ذلك أننا عندما ندمجهم في مدرسة عادية يحققون نتائج أعلى من الطالب العادي بل إن وجودهم في هذا الفصل يحقق إنجازاً تعليمياً لا يتحقق لوجوده في الفصل الخاص.

كما أن هناك دراسة أخرى أجراها في عام (١٩٨٣م) شخص أمريكي آخر متخصص في هذا المجال وهو (برنكروثور) وقد توصل إلى أن الطلاب الذين لديهم تخلف عقلي شديد ينجزون أكثر الأهداف المرسومة لهم في الفصول المدمجة خصوصاً الأهداف الفردية، وذلك في حالة واحدة وهي حالة تفريد التعليم وهو وضع خطة تربوية فردية لهذا الطالب.

وهناك رأي مضاد نتيجة لإجراء بعض الدراسات الأخرى يقول أن الدمج أو التعليم الشامل يؤثر سلباً على الطلاب العاديين غير أن هناك دراسات ميدانية أجريت على طالبة معوقة نمائياً وضعت في فصل عادي ومع المقارنة بين زميلاتها الطالبات العاديات مع طالبات عاديات فصل آخر لم يتبين تأثير هذه الطالبة على طالبات الفصل العادي ولم تتضح فروق بين طالبات الفصلين العاديين.

٢- تجنب الآثار السلبية لبرامج العزل ومن أهمها فقدان التشجيع والحماس نحو العمل والدراسة والإنجاز مع فقدان التوقعات الإنجازية الإيجابية للإنجاز بالإضافة إلى فقدان الثقة بالنفس.

٣- المساواة: وحينما أتكلم عن المساواة وأضرب لها شواهد من الغرب لا يعني هذا أنني أفضل ما يجري في الغرب على ما هو موجود لدينا في العالم العربي والإسلامي بل علينا أن نستفيد من إيجابيات البرامج لديهم مع تجنبنا لسلبياتها وأخذ ما ينسجم مع عاداتنا وتقاليدنا مع رفض ما لا ينسجم مع تراثنا، ومن هنا أقول أن مفهوم الدمج لدينا يختلف عن مفهوم الدمج لدى الغرب إذ أن مفهوم الدمج لدينا نعني به وضع الطالب المعوق مع زميله العادي والطالبة المعوقة مع زميلتها العادية في البرنامج الخاص بالذكور أو الإناث.

ويجب أن تخضع الآراء والمفاهيم للدمج للضوابط الإسلامية والتي هي مصدر أنظمتنا التربوية والرعائية والاجتماعية، والإسلام لا ينظر إلى الفروق الفردية في التكاليف الشرعية ولا يفرق بين المعوق وغيره إلا في حالات معينة مثل حالات الحرب ونحوها، وحينما استأذن الرسول صلى الله عليه وسلم رجل أعمى في عدم حضوره لجماعة الصلاة للمبررات التي ذكرها للرسول صلى الله عليه وسلم كوجود وادي ربما يوجد فيه بعض الدواب السامة فلم يأذن له الرسول صلى الله عليه وسلم وطلب منه أن يحضر للصلاة فجراً مع جماعة المسلمين ما هذا إلا نوع من المساواة في نظر المشرع الإسلامي الأول رسول الله صلى الله عليه وسلم إذ لا فرق بين المعوق وبين الشخص العادي في هذا الجانب، وكذلك وضع الطالب المعوق مع زميله أو الطالبة المعوقة مع زميلتها ما هو إلا نوع من المساواة ولها من النتائج والإنعكاسات النفسية مبررات تظهر واضحة في الدمج أو التعليم الشامل يتمثل في وجود الطالب المعوق أو الطالبة المعوقة إلى جانب زملائهم العاديين وتمتد جسور العلاقة والصداقة بين الطلاب والطالبات.

٤- التقليل من الإنفاق المالي على المدارس الخاصة بما فيها تجهيزاتها ومتخصصيها، فكل هذا نوفره في حالة وجود الدمج أو التعليم الشامل في كل مدينة وقرية.

ولا نعني بعملية الدمج إنهاء خدمات معاهد النور بل يجب أن تبقى وتستمر في رسالتها ولكن في تقديم خدمات مساندة تتمثل في المدرس المتخصص والوسيلة المطلوبة والاستشارة الضرورية اللازمة لهذا البرنامج المطبق في المدرسة العادية، وكل ما نحتاجه في برنامج الدمج أو التعليم الشامل هو وضع خطة فردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، وإذا كان الطفل دون مستوى السن النظامي للمدرسة فلا بد من وجود خطة خدمات أسرية لعائلة الطفل تشتمل على تعليمات وتوجيهات للأب والأم لدى تعاملهما مع هذا الطفل، ولا بد من زيارتهما لمدرسة البنين أو البنات عند الحاجة لتقديم الاستشارة اللازمة لهما.

عناصر التعليم الشامل :

إذا أردنا أن نطبق التعليم الشامل أو ما يعرف بالدمج العام فلا بد من توفر العناصر التالية:

١- أن يدرس الطلاب جميعهم في مدرسة الحي التي تقرب من مساكنهم سواء كانوا عاديين أو معوقين.

٢- أن يشترك المعوقون في جميع النشاطات المدرسية الصفية واللاصفية كما يشاركون في الجمعيات المختلفة كالإسلامية والثقافية والرياضية.

٣- أن نتقبل الطفل المعوق حينما يبلغ السن النظامية ولا نجعل من تعويقه وسيلة لرفضه أو السخرية منه أو الاستهزاء به فلا بد أن نقبله على وضعه وبحسب ما يتوفر لديه من قدرات ولا نشعره بالتعويق لكي لا يكون هذا سبباً في نفوره من المدرسة العادية.

٤- أن يدرس الطلاب المعوقون في الفصول العادية دون أن يوضعوا في فصل خاص في المدرسة العادية، ولا بد في مثل هذا البرنامج أن يعطى التعليم التعاوني أهمية قصوى، ونقصد بالتعليم التعاوني أن يتعاون مدرس التربية الخاصة مع مدرس التعليم العام من أجل مصلحة الطفل غير العادي كما أن الطلاب يتعاونون ويعلم بعضهم بعضاً.

٥- توفر الخدمات المساندة إذا كانت هناك حاجة وهي تحدد لكل طفل بناءً على حاجاته الخاصة.

٦- إعداد خطة تربوية فردية للطفل تنفذ أهدافها أولاً بأول.

هناك بعض الآراء تطالب بإلغاء خدمات التربية الخاصة بالكلية حينما يوضع الطفل المعوق في المدرسة العادية، ومثل هذا الرأي لا يخلو من قسوة وظلم لهذا الطالب، والرأي الأرجح والعادل في نظري هو الرأي المضاد الذي ينادي بتوفيرها في المدرسة العادية.

دمج الطفل في المدرسة العادية يساعد على اختفاء صفة التعويق، فيجب ألا تظهر بأن يقال هذا أعمى وهذا أصم بل يجب أن ينادي كل طالب باسمه لكي لا يشعر بالنقص عن الآخرين.

والتعليم الشامل بمفهومه الواسع لا نعني به وزارة المعارف والرئاسة العامة لتعليم البنات فقط بل نعني به المجتمع بصفة عامة، فلا بد من تهيئة المسجد للطفل المعوق ويجب أن يشتمل على منحدرات متزحلقة تسمح للمعوقين بدخوله وتأدية الصلاة فيه بشكل مريح لهم، إذ أن تأدية الصلاة مع الجماعة تدخل تحت مظلة التعليم الشامل، وكذلك جميع المرافق العامة من حدائق وأسواق ومنتزهات يجب تهيئتها للمعوقين، ومثل هذه التهيئة تساعد على تكيفهم مع بيئتهم ومجتمعهم، وتدخل تحت مبدأ التعاون والتكافل الاجتماعي كما أنها تساعد على تقديم الخدمات للمعوق من قبل الأفراد المتواجدين في مثل هذه المرافق العامة وذلك من شأنه أن يجعل المعوق شاعراً باهتمام المجتمع به فتمتد الجسور بينه وبين أفراد مجتمعه.

سلبيات التعليم الشامل:

نقص الكوادر المتخصصة التي نحتاجها لتغطية حاجة مدارسنا سواء كانت للبنين أو البنات. وأحد العوامل المثبطة على عدم توفير كوادر البرنامج الشامل تركيز الخرجين على مناطق أو مدن معينة ورفضهم للعمل في أي منطقة قروية أو ريفية لا يربطهم بها رابط اجتماعي أو دوافع ذاتية.

لا بد من تعليم المعلمين بصفة عامة سواء كان معلم التعليم العام أو معلم التعليم الخاص لا بد من تعليمهم مهارات التعاون والشعور بدفع واجب الخدمة الإسلامية الوطنية.

التعليم الآن قائم على إعداد معلم التربية العادية ومعلم التربية الخاصة في اتجاهين معزولين كل منهما عن الآخر، وفي القريب المنتظر في كلية التربية جميع خريجي هذه الكلية سواء كان في مجال التعليم العام أو التعليم الخاص سوف يمرون بدورات تعلمهم كيف يتعاملون مع طالب التربية الخاصة، وذلك بتدريسهم مادة عن طرق التعامل مع الطالب المعوق أو مقدمة تتناول كيفية التعامل مع هذا الطالب. بعض الأطفال ممن لديهم عوق شديد أو متعدد يحتاجون إلى مدارس خاصة ويفضل ألا تكون معزولة عن المجتمع بشكل دائم.

عوامل نجاح العليم الشامل:

١- فريق ما قبل التحويل إلى المدارس العادية وهذا الفريق يسبق عمله تحويل الطفل إلى المدرسة العادية التي توجد بها غرفة المصادر.

٢- غرفة المصادر المزودة بالوسيلة المناسبة والكتاب والأجهزة المعينة والمدرس المتخصص، وهذه الغرفة يجب أن تختار في مكان متوسط من المدرسة العادية يسهل على الطلاب الوصول إليها.

٣- فريق تعليمي يتكون من مدرس التربية الخاصة ومدرس التربية العامة أو أي شخص متخصص نحتاج إليه في هذا المجال.

٤- الخدمات الاستشارية: فمهما كان المدرس العادي على قدر كبير من الخبرة والتأهيل فعليه ألا يغفل جانب الاستشارة من كل من يمكن أن يساعده برأي أو خبرة لدى تدريسه لهذا الطفل المعوق، وكذلك يجب أن تتوفر هذه الرغبة لدى مدرس التربية الخاصة، فيجب أن يتعاون مع زميل متخصص وفريق عمل يعملون بشكل تعاوني لإنجاح عملية الدمج أو تنفيذ فكرة التعليم الشامل.

٥- التعليم التعاوني ونعني به أن على مدرس التربية الخاصة أن يدرس جنباً إلى جنب مع مدرس التربية العادية وربما ينوب عنه أحياناً فيلزمه التعرف على المواد والمناهج التي ينبغي تدريسها لهذا الطالب كما أن هذا التعليم التعاوني يمكن أن يتم بين الأطفال أنفسهم، فيعلم الطفل زميله الآخر ما يعرفه وكذلك الحال لقرينه.

ومن طرق التعليم التعاوني:

أ- التعليم التكاملي أي أن معلم الفصل العادي يقوم بتعليم الدرس بطريقته العادية ثم يقوم مدرس التربية الخاصة بإضافة بعض المعلومات ولكن بعد أن ينتهي المدرس العادي من إكمال ما لديه من المعلومات ويأتي هذا في دور مناقشة الطلاب وتبين جوانب النقص لديهم ويساعدهم على حل بعض الواجبات التي لم يفهموها

ب- النشاطات التعليمية في هذا النموذج يقوم مدرس الفصل العادي بشرح الدرس بينما مدرس التربية الخاصة يقدم المعلومات التي تدعم ما لدى المدرس العادي من معلومات.

جـ- التعليم التعاوني عن طريق تشكيل مجموعات يستطيع المدرس أن ينظم الطلاب في مجموعات يستفيد الطالب الجيد من الطالب الضعيف وبالعكس، فإذا تكونت مجموعة تضم طالباً ممتازاً أو طالباً متوسط المستوى وثالثاً معوقاً فلا شك أنهم يتبادلون ما لديهم من معلومات ومثل هذا العمل يساعد كثيراً على عملية دمج الطالب المعوق في المجتمع.

د- لا بد من وضع مناهج تشتمل على مفاهيم تساعد على تغيير الاتجاهات نحو المعوقين فإذا كان المنهج يخلو من صور لوسائل تخدم المعوقين من الناحية التعليمية وتقتصر على الوسائل والأشكال الخاصة بالطفل العادي فلماذا لا نضع صوراً لهذه الوسائل والأشكال تشتمل على ما يخص الطفل العادي إلى جانب وسيلة تخص الطفل المعوق كأن نرسم شجرة وإلى جانبها كرسي متحرك أو تفاحة وإلى جانبها رسم للعصا البيضاء ونحو ذلك ليشتمل المنهج على وسائل تعليمية تخدم الطفلين وتدل على أن الطالب المعوق يحظى بنفس الاهتمام الذي يحظى به الطالب العادي من قبل الجهات التربوية والتعليمية.

هـ- الدمج المعاكس: ونعني به أن يخرج الطلاب العاديون من المدرسة العادية ليزوروا مدرسة خاصة ويطلعوا على كيفية تدريس الطلاب المعوقين وما يطبق في مدارسهم من مناهج وما يستعملونه من وسائل وأجهزة، وربما ينتج عن هذا بعض الخوف والتهيب لدى الطلاب العاديين عند زيارتهم للمرة الأولى ولكن بتكرار الزيارات قد تتلاشى مثل هذه المخاوف ويصبح الأمر عادياً، ويساعد هذا في تقبل الطفل العادي لزميله الطفل المعوق كما ينتج عنه تكيف الطفل المعوق مع أفراد أمته ومجتمعه.

الفصل الثاني: اتجاهات المعلمين نحو دمج المعاقين بمدارس التعليم العام

تعريف الاتجاه

مكونات الاتجاهات

أنواع الاتجاهات

خصاص الاتجاه

وظائف الاتجاهات

تغيير الاتجاهات

قياس الاتجاهات

تمهيد:

تلعب اتجاهات المعلمين دوراً هاماً في تحديد نجاح عملية الدمج حيث يعتبـرون العنـصر الرئيسي في هذه العملية ، فقد كانت هناك دائماً الاتجاهات الإيجابية والسلبية من قبـل المعلمـين تجاه عملية الدمج ، وقد بين Melcher ١٩٧١ أن المعلمين الذين لم يتلقـوا أي تـدريب أو لديهم خبرات في التعامل مع المعاقين قد شعروا أنهم غير معدين للعمل مع المعـاقين وبالتـالي كانت لديهم نظرة سلبية تجاه عملية الدمج. وبالتالي فإن التعرف على اتجاهات المعلمين مجتمـع الدراسة يعتبر أمراً هاماً لوضع الحلول المناسبة للنجاح في العملية التعليمية تجاه الطلبة المعاقين.

وتنتمي الاتجاهات إلى العوامل المكتسبة في السلوك الإنساني، فالفرد لا يولد مزودا بأي اتجاه إزاء أي موضوع خارجي، وإنما تتكون هذه الاتجاهات نتيجة احتكاك الفرد بمواقف خارجية متباينة تؤثر عليه بطريقة ما بحيث ينتهي به الأمر إلى تكوين بعض الاتجاهات الخاصة التي تتجمع بعد ذلك وتكون ما يسمى بالقيم. (صالح، ١٩٩٦م، ص ٧٥٩).

وتتكون الاتجاهات والقيم عن طريق الخبرات الانفعالية المختلفة، فإذا كانت الخبرة الانفعالية الناتجة عن موقف معين طيبة كان الاتجاه الناتج اتجاها إيجابيا.

فمثلا الانتظام في الدراسة والوصول إلى مستوى معين من التحصيل تتبعه عادة خبرات انفعالية طيبة، ومن ثم ينشأ اتجاه إيجابي قوي إزاء الانتظام في الدراسة أو الجد في التحصيل أما إذا كانت الخبرة الناتجة غير طيبة فإن الاتجاه عادة ما يكون سلبيا، ومن ثم فإن الاتجاهات النفسية لا تتكون من فراغ ولكنها تتضمن دائما علاقة بين الفرد وموضوع من موضوعات البيئة، كما يغلب عليها الذاتية أكثر من الموضوعية من حيث محتواها، كما أن لها خصائصها العاطفية التي تميزها عن الرأي والمعتقدات، وهي مكتسبة ومتعلمة وذات قوة تنبؤية. كما أن الاتجاهات تنحو نحو الانتشار من المواقف المرتبطة بها إلى المواقف الأخرى المشابهة، أي أنها تنتشر في مساحات أوسع في المجال النفسي، وتتمتع بقدر من الثبات والاستقرار النسبي، وتقع الاتجاهات النفسية دائما بين طرفين متقابلين أحدهما موجب والأخر سالب، هما التأييد المطلق والمعارضة المطلقة، ولتكوين الاتجاه النفسي مجموعة من الشروط هي:

تكامل الخبرة.

تكرار الخبرة.

حدة الخبرة.

تميز الخبرة.

ولقد أشار كثير من علماء علم النفس الاجتماعي إلى أن الاتجاهات لها صفات عامة يمكن إيجازها فيما يلي:

أن الاتجاهات تبنى على أساس من المفاهيم التقييمية، وذلك فيما يتعلق بصفات موضوع المرجع، وتكون باعثة لسلوك دافعي، وفي ذلك يشير كل من أندرسون Anderson **وفيشبين** Fishbn 1965**، ودوب** Doob**، وأسجود** Osgood 1957**، بأن الاتجاهات ما هي إلا ردود أفعال قيمية وعاطفية، كما أنها تبنى بصورة جوهرية على استعمال وتطبيق المفاهيم التقييمية التي تكون باعثة لدافعية من نوع معين.**

يشير كل من كرتش، وأل Krech & Al 1962، نيوكمب، وتيرنر Newcomb & Turner 1965 إلى أن الاتجاهات تؤول وتفسر على أساس تفاوتها في النوع والشدة على سلسلة متصلة من الإيجابية والمحايدة والسلبية.

يشير كل من شريف وشريف Shereif & Shereif 1956، وماكجراث Mc_Grath 1964 إلى أن الاتجاهات متعلمة وليست فطرية، فالاتجاهات يتم تعلمها من خلال عملية التفاعل مع الموضوعات الاجتماعية والمواقف والأحداث في المجتمع.

يشير كل من نيوكمب، وأل Newcomb & Al، شريف وشريف Shereif & Shereif 1956 إلى أن الاتجاهات ذات مرجع نوعي، هذا المرجع لا يتحتم بالضرورة أن يكون موضوعات عيانية، بل قد يتضمن علاقات مجردة، أي أن الاتجاهات تمتلك علاقات أو إرشادات اجتماعية تعكس الخبرات والستوى الاجتماعي التي تم تعلمها واكتسابها في أحضانها، وهذه الخبرات التعليمية قد تكون نتيجة تفاعل واتصال مباشر مع الأفراد الآخرين أو الموضوعات الأخرى.

يشير كل من نيوكمب، وأل newcomb & Al 1955، وشريف وشريف Shereif & shereif 1956 إلى أن الاتجاهات تتسم بالثبات والاستقرار بصورة نسبية (خير الله، ١٩٧٩م، ص ١٧٥- ١٧٩).

تعريف الاتجاه:

أختلف علماء النفس في تعريف الاتجاهات، إلا أن جميع التعريفات الحديثة تشير إلى أن الاتجاهات على الرغم من عموميتها إلا أنها متعلمة عن طريق الخبرة ومكتسبة من خلال المواقف الاجتماعية والثقافية، وغالبا تبنى على أطر مرجعية معينة، وفيما يلي بعض تعريفات الاتجاهات:

يعرفها ألبورت Allport: بأنها حالة من الاستعداد العصبي والعقلي يتم تنظيمه من خلال الخبرة ويؤثر تأثيرا ديناميكيا أو توجيهيا على القرد تجاه كافة الموضوعات والمواقف التي ترتبط بها. (محمد حسن، ١٩٨٣م، ص ٣١٦).

كما يعرفها البعض: بأنها ميل للاستجابة بشكل إيجابي أو سلبي تجاه مجموعة خاصة من المثيرات، وهذا التعريف يؤكد على تأثير الاتجاه في استجابات الفرد التي تتشكل بصيغة تتفق وطبيعة الاتجاه، كما يعرفها النجيحي: بأنها مجموعة درجات استجابات الفرد الإيجابية أو السلبية المرتبطة ببعض الموضوعات السيكولوجية والتربوية والتي تعرض عليه بطريقة لفظية (مثيرات). (النجيحي وآخرون، ١٩٧٥م، ص٢٢).

كما يعرفها زهران: بأنها موقف الشخص الراهن نحو القضايا التي تهمه بناء على خبرات مكتسبة عن طريق التعلم من مواقف الحياة المختلفة في بيئته التي يعيش فيها، وهذا الموقف يأخذ شكل الموافقة أو الرفض، ويظهر ذلك من خلال السلوك اللفظي أو العملي للفرد. (زهران، ١٩٨٦م، ص ٣٢).

كما يعرفها عبد الحليم محمود: بأنها حالة من الاستعداد أو التهيؤ النفسي تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتحدد تأثيرا توجيهيا وديناميكيا على استجابة الفرد لكل الموضوعات المرتبطة بهذه الاستجابة. (محمود، ١٩٨٩م، ص ٢١١).

ويعرفها معجم علم النفس والتربية: بأنها موقف راسخ نسبيا سواء أكان رأيا أم اهتماما أم غرضا يرتبط بتأهب الاستجابة. (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٤م، ص ١٧)، كما ينظر إليها بعض الباحثين: على أنها شعور أو ميل لمعاضدة أو لمعارضة أشياء أو أفكار أو أشخاص أو جماعات. (محمود، مرجع سابق، ص ٣٠٤- ٣١٩).

بناء على هذا فإن الاتجاهات من حيث النوع إما أن تكون نحو شيء ما أو ضده، ومن حيث الدرجة إما أن تكون تأييد بشدة أو معارضة بشدة أو أن تكون رأيا وسطا بين هذين الرأيين ولما كانت عملية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة هي الهدف في هذه الدراسة، لذا يعرف الباحث الاتجاهات: بأنها رأي معلمي المرحلتين الابتدائية والمتوسطة في سياسة الدمج سواء بالقبول أو الرفض، كما يتضح ذلك من استجاباتهم على مقياس اتجاهات المعلمين نحو سياسة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم من التلاميذ العاديين، والمستخدم في الدراسة الحالية.

وهناك العديد من التعريفات للاتجاه، منها تعريف سارتن(Sartin) والذي يعرف الاتجاه بأنه" النزعة الفردية، أو ميل الفرد للاستجابة بطريقة سلبية أو ايجابية نحو موضوع ما" كما يعرف الاتجاه بأنه" استعداد الفرد ونزعته للاستجابة بطريقة ما، كما يمثل الاتجاه توجها نحو موضوع أو ضده، وغالبا ما يأخذ الاتجاه شكل الثبات في السلوك الانساني.

تكوين الاتجاهات:

يمكن دراسة تكوين الاتجاهات من خلال بعدين كما وضحهما(ابراهيم،٢٠١٠، ص ٤٠٦- ٤٠٨) وهما:

كيفية تكوين الاتجاهات:

تتكون الاتجاهات نتيجة تفاعل الفرد بكل ما عنده من خبرات مع ما يحيط به، وذلك وفق طرق متعددة منها:

التقليد والمحاكاة، أي أن الفرد يكتسب العديد من اتجاهاته نتيجة التقليد، ودون ضرورة الي تعزيز او عقاب مباشر.

الطريقة الارتباطية، أي أن الفرد قد تتكون لديه الاتجاهات من خلال اقتران الخبرة بالمواقف ومدي ما تحمله هذه الخبرة من مشاعر سارة أو مؤلمة، فقد يؤدي مثلا الفشل في عمل ما الي تكوين اتجاها سلبي نحو هذا العمل لما يصاحبه من ألم.

عوامل تكوين الاتجاهات:

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في تكوين الاتجاهات ، ومنها:

الإطار الثقافي والاجتماعي، فكل مجتمع يتميز بمجموعة من العادات والتقاليد والاتجاهات التي تكون اطارا ثقافيا يؤثر في الفرد من خلال تعامله مع الاخرين، وتلعب دورا هاما في تحديد الاتجاهات لديه، وهناك مجموعة من المؤسسات الاجتماعية التي تتبني عملية تكوين الانجاهات المتعارف عليها في المجتمع لدي أفرادها، ومن هذه المؤسسات : الأسرة، المدرسة ووسائل الإعلام.

التكوين النفسي للفرد، وهي تتمثل في كل ما يتعلق بالفرد من قوي مسيطرة عليه موجهة لسلوكه بشكل عام مثل: سماته الشخصية، استعداداته، قدراته النفسية والعقلية، خبراته الذاتية، معارفه ، حاجاته، انفعالاته ودوافعه فهي جميعا تحت مكانة في تكوين الاتجاهات لديه.

العوامل الواثية عند الفرد، فلقد وجد ان بعض الملامح الجسمية كحجم الجسم، الطول والوزن لها علاقة بالاتجاهات، فمثلا زيادة حجم الجسم يقلل من الاتجاهات لخاصة بالمنافسة والاستقلال.

ونظرا لأن الاتجاهات مكتسبة، فإن الباحث يري أن الأساس في تكوينها راجع الي العوامل المحيطة والمؤثرة في الفرد نفسه، والتي اذا ضبطت باتجاه معين بوساطة عرف او دين أو قيم محددة في المجتمع، فإن اتجاهات الفراد ستبط بالعموم نحو ذلك الاتجاه، كما وأنه أيضا سيمكن تفسير سلوك الفرد الحالي وحتي التنبؤ بسلوكه المستقبلي إذا فهمت تلك العوامل.

مكونات الاتجاه:

أشار(Burns,1991,p193-194) أنه توجد ثلاثة مكونات أساسية للاتجاه هي مكون انفعالي (وجداني) ومكون سلوكي ومكون معرفي، والتي نوضحها علي النحو التالي:

المكون الانفعالي(الوجداني):

يشير هذا المكون الي أسلوب شعوري عام يؤثر في استجابة الفرد لقبول موضوع الاتجاه أو رفضه.

المكون السلوكي:

يشير هذا المكون الي نزعة الفرد للسلوك وفق أنماط محددة في أوضاع معينة إذ تعمل الاتجاهات كموجهات للسلوك وتدفع الفرد الي العمل وفق الاتجاه الذي يتبناه.

المكون المعرفي:

يتضمن هذا المكون كما بين (Wortman,1999,p571) كل ما يملكه الفرد من عمليات ادراكية ومعلومات وأفكار وحقائق تتعلق بموضوع الاتجاه بحيث يستند عليها في تحديد اتجاهه نحوه.

وعليه يري الباحث بأن اتجاه الفرد العام خاضع لمحصلة تأثير المكونات الانفعالية والسلوكية والمعرفية معا في بيئته، وهذا ما يؤكد كون الاتجاهات مكتسبة وليست فطرية موروثة.

أنواع الاتجاهات:

تقسم الاتجاهات الي عدة أنواع بحسب ما جاء علم النفس الاجتماعي، ويري الباحث أن التقسيم التالي يسلط الضوء علي أهمها:

بالنسبة الي الموضوع، فغن الاتجاهات تقسم الي اتجاهات عامة او نوعية.

وفيها يري(عبد الرحمن،١٩٨٣، ص٥٢٧) أن الاتجاه العام هو الذي ينصب علي كلية الموضوع، أما الاتجاه النوعي فهو الذي ينصب علي جزء من تفاصيل الموضوع.

وهذا وتعتبر الاتجاهات العامة أكثر ثباتا واستقرارا من الاتجاهات النوعية والتي تسلك مسلكا يخضع في جوهرة لإطار الاتجاهات العامة بل وتعتمد عليها.

بالنسبة الي الأفراد، فغن الاتجاهات تقسم الي اتجاهات جماعية او فردية:

وفيها يري(الكناني،١٩٩٤، ص١٤١) أن الاتجاهات التي يشترك فيها عدد كبير من أفراد الجماعة تسمي اتجاهات جماعية، في حين، في حين أن الاتجاهات التي تكون في فرد فقط وينتفي وجودها في الاخرين تسمي اتجاهات فردية.

بالنسبة الي شدتها، فإن الاتجاهات تقسم الي اتجاهات قوية او ضعيفة:

وفيها يري(عبد الرحمن،١٩٨٣، ص٥٣١) أن القوة والضعف هو ما يصف شدة الاتجاه، وهو الذي ينعكس علي سلوك الفرد وتفاعله مع الاخرين، فالسلوك الذي يتصف بالحدة والانفعال الشديد في موقف اجتماعي معين يدل علي اتجاه قوي، والعكس صحيح اذا كان السلوك ضعيفا.

بالنسبة الي وضوحها، فغن الاتجاهات تقسم الي اتجاهات علنية أو سرية:

وفيها يري(الكناني،١٩٩٤، ص١٤٢) أن الاتجاهات العلنية هي تلك التي لا يوجد حرجا او خشية نتيجة إظهارها والتحدث عنها امام الاخرين، وذلك لأنها في الغالب متفقة مع معايير الجماعة ونظمها، أما الاتجاهات السرية فهي تلك التي تخفي في الصدور او يتحفظ في التعبير عنها، بل حتي إنها قد تنكر عند السؤال عنها.

بالنسبة الي هدفها، فان الاتجاهات تقسم الي اتجاهات موجبة او سالبة:

" إن الاتجاهات الموجبة هي تلك التي تنحو بالفرد نحو الموضوع او المدرك، أما تلك التي تجنح بالفرد بعيدا عنه فهي الاتجاهات السالبة.

ونتيجة لتعدد أنواع الاتجاهات ، فغن الباحث يري أن طبيعة الموضوع المراد تسليط الضوء عليه في البحث او الدراسة هو المحدد لنوع الاتجاه المتناول او المطلوب قياسه وبحثه.

خصائص الاتجاه:

يوجد العديد من الخصائص للاتجاهات، وقد بين(ملحم، ٢٠٠٦، ص١٣١) الي انه يمكن تحديد هذه الخصائص في أنها:

مكتسبة ومتعلمة وليست وراثية، ويتم تعلمها بعدة طرق.

يمكن التعبير عنها بعبارات تشير الي نزعات انفعالية.

لها صفة الثبات والاستمرار النسبي، ولكن يمكن تعديلها وتغييرها تحت ظروف معينة.

كما أضاف إليها (المعايطة، ٢٠٠٠، ص١٦٢) خصائص أخري هامة ، وهي:

يتأثر الاتجاه بخبرة الفرد ويؤثر فيها.

يغلب عليها الذاتية اكثر من الموضوعية

قابلة للقياس والتقويم بأدوات وأساليب مختلف.

وعليه يري الباحث بأنه وعلي الرغم من تعدد خصائص الاتجاهات، غلا أن المؤثر الرئيس هو في كونها مكتسبة، مما يضفي عليها سمة الدينامية والنسبية بشكل مستمر، فهي تتأثر بمكونات مجتمع وبيئة الفرد، وهي نتاج تفاعله معها.

وظائف الاتجاهات:

تؤدي الاتجاهات عددا من الوظائف علي المستوي الشخصي والاجتماعي، بحيث تمكن الفرد من معالجة الأوضاع الحياتية المختلفة علي نحو مثمر وفعال، ويري الباحث أن من أهم هذه الوظائف كما يلي:

وظيفة دفاعية:

حيث يلجأ أحيانا الي تكوين اتجاهات معينة لتبرير صراعاته الداخلية أو فشله في أوضاع معينة للاحتفاظ بكرامته او ثقته بنفسه.

وظيفة تعبيرية:

حيث تتيح اتجاهات الفرد الفرصة له في التعبير عن ذاته وتحديد هويته ومكانته في المجتمع الذي يعيش فيه.

وظيفة توافقية (منفعية):

حيث تساعد اتجاهات الفرد علي تكيفه مع الجماعة التي يعيش فيها، لأنه يشكل اتجاهات مشابهة لاتجاهات الأفراد في مجتمعه، الأمر الذي يساعده علي التكيف والتوافق مع الوضاع الحياتية المختلفة والنجاح فيها.

وظيفة تنظيمية:

حيث تحدد اتجاهات الفرد اتساق سلوكه في شكل منظم تجاه الموضوعات والمواقف الاجتماعية داخل مجتمعه.

وعليه يري الباحث بان تراكم الاتجاهات لدي الفرد، وزيادة اعتماده عليها، تحد من حريته التصرف، وتكون عنده أنماطا سلوكية روتينية متكررة، لكنها في الوقت نفسه تجعل الانتظام في السوك والاستقرار في أساليب التصرف عنده أمرا ممكنا، وميسرا بالتالي لحياته الاجتماعية.

تغيير الاتجاهات:

إن تغيير الاتجاهات وبخاصة المستقرة منها من الأمور العسيرة، لكن ذلك لا يعني استحالة تغييرها او تعديها، إذ يمكن تغيير الكثير من اتجاهات الأفراد نحو الموضوعات المختلفة.

مصدر المعلومات:

إن موقف الفرد من مصدر المعلومات الداعي الي التغيير له أثر في إحداثه، فإذا كان هذا المصدر ذو ثقة وبعيدا عن الهوي والغرض ويرقي الي مستوي الحجة في مجاله ساعد هذا علي تقبل التغيير والإقبال عليه.

طبيعة المعلومات

إذا كانت للمعلومات قوة إقناعية وقدرة علي التأثير، فغنها ستشكل شحنة انفعالية قوية لدي الفرد تعين علي التغير.

المميزات الشخصية للمتلقي:

تشير الدراسات الي ان الأفراد الأقل ثقافة هم أكثر تاثرا وقابلية نحو التغيير، كما أن نظرية إدراك الذات تدعو الإنسان ليعيد النظر في اتجاهاته وفقا لإدراكه لذاته ومقدار التغيرات التي يتعرض لها نتيجة لتغير ظروفه.

تغيير معايير الجماعة:

لأن الفرد مدفوع للتطابق مع معايير المجموعات التي ينتمي إليها فان التغييرات التي تصيب المعايير السائدة فيها تنسحب بالمثل علي معايير الفرد ومواقفة وبالتالي اتجاهاته.

القيام بسلوك مغاير:

إذا قام الفرد بسلوك يتصل باتجاه مغاير لاتجاهاته، أدي به هذا السلوك الي تغيير الاتجاهات التي لا تتسق معه، هذا عن لم يكن القيام بالسلوك بقصد الإفادة من ثواب او تجنب لعقاب، وإذا لم يغير الفرد من اتجاهات في هذه الحالة يكون مهددا للتعرض الي التناقض المعرفي الذي سيدعوه في النهاية إما الي ترك السلوك او التخلي عن الاتجاه الذي لا ينسجم معه.

وعليه يري الباحث بأنه اذا فهمت العوامل المؤثرة في الاتجاهات ، واستخدمت برامج قوية معينة علي التغيير، فإنه يمكن تعديل الاتجاهات.

قياس الاتجاهات:

إن قياس الاتجاهات عملية مفيدة، ويمكن توضيح ذلك وكما بينها الصفدي، ٢٠٠١، ص٨٩) بما يلي:

إن نتائج القياس تلقي ضوء علي مدي صحة او خطا الدراسة النظرية القائمة، لانها تنحو بالدراسة نحو افاقها التجريبية المجهولة، وبذلك تكشف العوامل التي تلابس بدي الاتجاه ونشأته واستقراره وثبوته وتحوله وتطوره وحتي تغيره.

إن لقياس الاتجاهات أهمية قصوي في معرفة الراي العام، وفي استكشاف نواحي تطوره وعوامل تغيره، وأيضا أثر الإعلان والدعاية في نشأته وتكوينه.

يمكن أن تقاس الاتجاهات في ميادين عدة في الحياة، ولموضوعات مختلفة، ولأهداف متنوعة.

ولقد تعددت الطرق العلمية لقياس الاتجاهات ، ويري الباحث أن من أهمها ما يلي:

طريقة بوجاردوس(مقياس المسافة الاجتماعية):

تستخدم هذه الطريقة كما أشار إليها (الكبيسي والداهري،٢٠٠٠، ص٨٠) في قياس العلاقات الاجتماعية أو البعد الاجتماعي بين الأفراد والجماعات.

ويتكون المقياس عادة من سبع فقرات تبدا من قبول موضوع الاتجاه الي استبعاده.

طريقة ثرستون:

تسمي هذه الطريقة كما بينها(المرجع السابق، ص٨١) بطريقة المقارنة المزدوجة لأن المقياس يطلب من المفحوص أن يقوم بتفضيل اتجاه علي اخر في لموضوع المقيس، وتتميز الفقرات وفق هذه الطريقة بالتدرج من التأييد القوي للموضوع الي المعارضة الشديدة له.

ويتكون المقياس بحسب(المعايطة،٢٠٠٠، ص١٨٠ من ٢٠-٥٠ فقرة، وتكون درجة المفحوص هي الوسيط لدرجات الفقرات التي يوافق عليها.

طريقة جوتمان:

يعتبر هذا المقياس أحادي البعد كما بين (المرجع السابق، ص١٨٣) فهو يتكون من مجموعة من الفقرات المتدرجة وفقا لشدة الاستجابة (موافق- غير موافق)، وفيه اذا تمت الموافقة علي فقرة معينة فهذا يعني الموافقة ايضا علي الفقرات التي هي أدني منها، وعدم الموافقة علي كل الفقرات التي تعلوها، ومن ثم يتم احتساب عدد الفقرات التي تمت الموافقة عليها.

طريقة أوزجود للتمايز السمانتيكي(الدراسة التحليلية للمعاني):

وفيها كما بين(المرجع السابق، ص١٨٢) يقاس اتجاه الفرد نحو المعني النفسي للمفاهيم وفقا لثلاثة عوامل او أبعاد هي:

التقويم: ويقصد به تقويم معني المفهوم بشكل إيجابي أو سلبي(حسن- ردئ، جيد – سئ)

القوة والضعف: ويقصد به أهمية المفهوم(قوي- ضعف، صلب- لين....الخ)

النشاط والخمول: ويقصد به مدي ارتباط المفهوم بالعمل او الحركة(سريع- بطئ، نشيط- خامل)

ويكون مقياس تقدير الاستجابة باستخدام هذه الطريقة مؤلف من سبعة بدائل بحسب العوامل او الابعاد انفة الذكر المراد قياس الاتجاه نحوها.

طريقة ليكرت(التقديرات المجمعة):

تعد هذه الطريقة كما أشارت (الجلبي،٢٠٠٥، ص٣٢١) من أكثر طرق قياس الاتجاهات شيوعا بين الباحثين، وقد تميزت عن غيرها من طرق القياس بما يلي:

لا تحتاج الي الحكام ولا الي اتفاقهم

تتيح اختيار عدد كبير من العبارات التي ترتبط ارتباطا عاليا مع المقياس

تزود بمعلومات أكمل عن المفحوص ، لأنه يستجيب لكل عبارة.

يمكن ان تقيس درجات من الاتجاه بالنسبة لكل عبارة ، حيث توجد عدة درجات تتراوح من الموافقة جدا الي المعارضة جدا.

طريقة بناء المقياس فيها سهلة وبسيطة.

ويبني المقياس وفق طريقة ليكرت كما بين٠ المرجع السابق، ص٣٢٢- ٣٢٦)، علي النحو التالي:

تحديد الموضوع او الموقف أو السمة المراد قياسها.

كتابة العبارات التي تتعلق بالموضوع المراد قياسه، علما ان هذا المقياس لا يحتاج الي عدد كبير من العبارات ، وقد يكفي (١٥) عبارة للقياس، إلا من الافضل ان يجمع عدد كبير من العبارات التي يجب أن تصاغ بشكل واضح، وأن تتضمن عبارات موجبة الوجهة وأخري يالبة الوجهة لتقليل تأثير نمط الاستجابة أي تجنب ميل بعض المستجيبين للاستجابة المؤيدة باستمرار او المعارضة باستمرار، ثم تنف هذه العبارات بين ميادين او أبعاد الموضوع المراد باستمرار او المعارضة باستمرار.

ثم تصنف هذه العبارات بين ميادين أو أبعاد الموضوع المراد قياسه تصنيفا متزنا حتي لا يطغي ميدان علي باقي الميادين للموضوع، ثم تفصل عبارات كل ميدان عن بعضها وتخلط خلطا عشوائيا حتي لايؤثر تجميعها علي التزام المفحوص عبارات كل من الاستجابة لها جميعا، ثم تتبع كل عبارة بعدة درجات للقياس تتراوح من الموافقة جدا الي المعارضة جدا، وعند استجابة المفحوص للعبارة انه يعطي الدرجة المناظرة لها، وبذلك يمكن حساب درجة المفحوص علي المقياس بمجرد الجمع البسيط لدرجاته علي عبارات المقياس.

تطبيق عبارات المقياس علي عينة استطلاعية تماثل المجموعة المستهدفة

تحليل عبارات المقياس

ايجاد معامل الثبات.

اعتماد العبارات المناسبة وترتيبها ، ثم وضع المقياس بصورته النهائية.

تطبيق المقياس علي المجموعة المستهدفة.

وعليه يري الباحث بأنه ونظرا لأن الاتجاهات عملية معقدة ومتشابكة وديناميه لاتقف عند حد ثابت ، فان قياس الاتجاه يتطلب معرفة دقيقة لما يراد قياسه بالضبط، ومن ثم يتم اختيار طريقة القياس المناسبة من بين طرق الأنسب لموضوع دراسته، بالإضافة الي ضرورة الاهتمام بالخاصية التقديرية والتقويمية للاتجاه عند القياس، لأنها تكشف مدي ما يشعر به الفرد تجاه ما يراد قياسه بدقة مما يؤثر قطعا علي نتيجة القياس.

الفصل الثالث: دمج المعاقين بالمدارس العادية

تمهيد:

بعد مرور عدة عقود من التعليم الذي يقوم على العزل والمؤسسات المنفصلة المخصصة للتلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة، أصبحت معظم البلدان المتقدمة تمر اليوم بمرحلة انتقال من نظام العزل في التعليم والرعاية إلي نظام الدمج الكامل كلما أمكن ذلك.

ومع التسليم بأن هناك فروقاً فردية، قد تكون مبرراً قوياً لعزل الأطفال المعاقين في مدارس خاصة، فإن هذا لا يتناقض مع سياسة دمج هؤلاء الأطفال في المدارس العادية، لأن الهدف من الدمج أساساً هو العمل على تقليل هذه الفروق، ومن ثم فهناك ضرورة لإجراء الدمج من أجل تحقيق التقدم للأشخاص المعاقين، هذا التقدم المرغوب فيه هو في الواقع مازال محدوداً بسبب عدم إتاحة النظام المدرسي العادي الفرصة للأطفال المعاقين كي يتحدوا الإعاقة، فهؤلاء الأطفال يستبعدون دوماً من المدرسة العادية لكونها لا تناسبهم وتفشل في مقابلة حاجاتهم، وهذا لا يعد فشلا للطفل المعاق بقدر ما هو فشل للمدرسة.

إن الخدمات التعليمية المخصصة للأطفال المعوقين في حالة تغير وتقلب في غالبية بلاد العالم، وفي العديد من مناطق أوروبا وأمريكا الشمالية وجنوب المحيط الهادي أصبح التعليم المنفصل للمعوقين وغير المعوقين موضع شك،وهناك محاولات لتلبية الحاجات الخاصة في المدارس العادية حيث يتم في الوقت الراهن في العديد من دول العالم وخاصة المتقدمة دمج التلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة من الناحيتين الجغرافية والتربوية في صفوف المدارس العادية كلما أمكن ذلك، وحتى في حالة التلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة تحول دون الدمج الكامل وتحتم في نفس الوقت أن يتم تعليمهم في صفوف مستقلة فإنه يتم توفير صفوف مستقلة داخل المدرسة العادية، بحيث يقترن ذلك باتصالات منظمة ومخططة مع أقرانهم غير المعاقين، وذلك من منطلق أن المصلحة التربوية للتلاميذ يجب أن تكون لها الأولوية على المتاعب الإدارية الناجمة عن القرارات المتعلقة بنظام الخدمة داخل المدارس العادية.

الدمج وسياساته لدى بعض الدول التي أخذت به:

بالرغم من أن هناك عدداً قليلاً من الدول أخذت بأسلوب دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية، فإن المعلومات لا تزال محدودة عن طبيعة سياسة الدمج وإجراءات تنفيذها، ومن الواضح أن عملية الدمج لها معان كثيرة مختلفة باختلاف البلدان التي تتبع سياسة الدمج.

ففي جمهورية ألمانيا الاتحادية يبدو أن الدمج يأخذ شكل إمداد المدارس الخاصة والتلاميذ بتعليم يتناسب مع حاجاتهم، وتيسير كل الإجراءات التي تجعل من المدرسة مجهزة بقدر الإمكان لحياة الراشدين، بينما في فنلندا فإن الدمج يعني توفير وتجهيز مكان يدمج فيه جميع الأطفال داخل النظام التعليمي العام، وفي كوستاريكا يتم ملاءمة مناهج التعليم كي تتناسب مع متوسطي الإعاقة، حتى تيسر عملية الدمج، وفي كوبا وسلفادور وبيرو يقومون بتحويل التلاميذ من المدارس الخاصة إلي المدارس العادية متى كان الوقت مناسبا، وفي الأرجنتين وفنزويلا يتم إمداد التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة الموجودين في المدارس العادية بالتدعيم والمعونة اللازمة بواسطة مدرسين من مدارس خاصة أو متخصصين آخرين يقومون بزيارة المدرسة بشكل منتظم، وفي النرويج ونيوزلندا يعد الدمج مبدأ سياسياً، حيث يتم تعليم التلاميذ المعاقين داخل فصول المدرسة العادية جنباً إلي جنب مع أقرانهم العاديين، وعندما يكون العزل شيئاً حتميا فإن ذلك يكون لفترة محدودة على أن يتم ادماج المعاق مرة أخرى داخل أنظمة التعليم العام عندما يكون ذلك ممكنا،ونستطيع في الوقت الراهن أن نجد مجموعة متنوعة تنوعاً كبيراً من محاولات الدمج في مختلف البلدان، وتقوم السلطات المدرسية في بعض المناطق بنقل التلاميذ من المدارس الخاصة المعزولة فعليا واجتماعيا إلي مدارس تقع بالقرب من المدارس الابتدائية العادية على أساس أن ذلك سوف يؤدي إلي زيادة المبادلات الاجتماعية والثقافية بين المدرستين وتلاميذها، وتتمثل أحد الحلول الأخرى في وضع صفوف مستقلة للتلاميذ المعاقين داخل المدرسة الابتدائية نفسها بهدف تضييق المسافة الفعلية التي تفصل المدرسة المنعزلة ولكي نيسر على التلاميذ المعاقين أن يصبحوا جزءاً لا يتجزأ من البيئة الاجتماعية للمدرسة الابتدائية مع الاحتفاظ في الوقت نفسه بقدر من التعليم المنفصل لهؤلاء التلاميذ.

وثمة حل بديل آخر هو أن ينتظم الأطفال المعوقين في صفوف عادية جنباً إلي جنب مع الأطفال الأسوياء في نفس الفصل الدراسي بالمدرسة العادية، على أن تبذل الجهود لضمان حصول الطفل والمعلم في آن واحد على مساندة مهنية رفيعة المستوى من قبل معلمين أخصائيين، وفي حالات أخرى يمضي الطفل جزءا من النهار في المدرسة المتخصصة وجزءاً آخر في مدرسة عادية.

أنماط الدمج:

وبناءاً على ما سبق نستطيع القول بأن هناك نمطين لعملية دمج الأطفال المعاقين بالمدارس العادية:

النمط الأول هو الدمج الكامل:

ويسمي أحيانا نموذج عدم الرفض، وهذه الأنشطة التعليمية تضع الأطفال شديدي الإعاقة في المدارس العادية، حيث توفر لهم منابع إضافية للرعاية والتعليم بشكل مثالي.

النمط الثاني هو الدمج الجزئي:

وهناك نوعان من الأنظمة التعليمية داخل هذا الإطار، الأول يخصص فيه إحدى الفصول الدراسية للأطفال المعاقين داخل المدرسة العادية يحصلون فيها على برامجهم التعليمية الخاصة بهم.

والثاني يتيح للأطفال المعاقين الذين يتلقون تعليمهم في المدارس الخاصة أن يقضوا بعضاً من يومهم المدرسي داخل المدرسة العادية.

وبالرغم من المعاني المختلفة للدمج باختلاف النظم إلا أن ذلك لا يمثل مشكلة مادام هناك وعي بأن الدمج عبارة مختزلة للإشارة إلي عملية ديناميكية تستهدف إصلاح النظام التعليمي بكامله، وتوفير تعليم ملائم لكافة التلاميذ، وينبغي الترحيب بالتركيز على الدمج في إطار أي منظور يعلق أهمية على تكافؤ الفرص للجميع ويسعى إلي فك طوق العزلة عن المستبعدين من النظام العام.

دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية ... لماذا ؟

تشير التقديرات الواردة في سلسلة من التقارير الدولية إلي أن ١٠% من سكان العالم معوقون، وقد تبين أن هذه النسبة ترتفع عن ذلك في البلدان النامية حيث تصل إلي ١٥% بل ٢٥% في بعض المناطق من دول العالم الثالث، وهذه التقارير تعد بمثابة ناقوس الخطر لمدى الكارثة التي سوف نواجهها في مستقبل حياتنا الذي يفقد نسبة ليست بالقليلة من سكان المجتمع تعيش في عزلة عن مجريات الأمور، ولا يسعى المجتمع نحو إشراكها في حياته العامة.

ومن جهة أخرى هناك قصور واضح في مواجهة التحدي، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية بأن الخدمات التي تقدمها المدارس الخاصة في الوقت الراهن لا تلبي سوى نسبة تتراوح بين ١، ٢ % من احتياجات الأشخاص الذين هم بحاجة إلي التأهيل في البلدان النامية.

وقد ترتب على إدراك حجم المشكلة وعلى زيادة التقدير لصواب مبادئ نقل إعادة التأهيل إلي البيئة العادية ودمجها فيها وإشراك جميع المعنيين بها زيادة أهمية الدور الذي ينبغي أن يؤدي داخل نظام المدارس العادية، ذلك أن الاحتياجات التعليمية والتدرييبة لغالبية الأشخاص المعوقين لا يمكن تلبيتها في المداس الخاصة وحدها، وبالرغم من جميع النوايا الإنسانية والتربوية الطيبة التي تنطوي عليها تقاليد التعيلم المنفصل، فإنه يوجد خطر كبير يتمثل في أن الحماية المفرطة قد تؤدي لزيادة الاعتماد على الغير في التعلم.

ولعل من أهم الأسباب الداعية إلي دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية بالإضافة إلي ما سبق ما يلي:

١- دمج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العادية يتماشى مع حقوق الإنسان الأساسية، حيث أنه يعترف بالمعاقين كأشخاص لهم حقوق ويقلل من إمكانية النظر إليهم باعتبارهم وصمة عار. فالتأكيد على الدمج يعني الترحيب بالجميع واتاحة الفرص المتساوية للجميع، ووقف التمييز العنصري تجاه أولئك المعزولين عن المجرى الأساسي للحياة.

٢- في سياق التعليم للجميع ينبغي احترام ممارسة الحق الأساسي في التعليم المعترف به رسميا بوصفه حقاً من حقوق كل إنسان، ويؤكد مبدأ التعليم للجميع على الحق في تعليم يناسب الاحتياجات الفردية للأطفال بغض النظر عن درجة اعاقاتهم أو احتياجاتهم الخاصة، ويبنغي أن تلبي الموارد المخصصة للتعليم احتياجات جميع الأطفال بغض النظر عن كونهم معوقين أم لا، فللمعوقين الحق في تربية شاملة ومقترنة بخدمات مستمرة، ابتداء من الكشف المبكر عن الإعاقة ومعالجتها مبكراً والتعليم المدرسي والتعليم المهني، وانتهاءا بعيش حياة مستقلة في المجتميع.

٣- في الاشتراطات التعليمية والمهنية لا يجب بالضرورة أن نهون من البيئات المنعزلة، فالعزلة تؤدي إلي الابتعاد الكامل عن المجتمع، وهذا يتناقض مع الهدف من التعليم الذي يعتبر تمكين المرء من الاندماج في المجتمع كعضو فيه على أكمل وجه يمكن تحقيقه، ولاشك فإن مشاركة المعاقين في أشكال التعليم العادية المتاحة للأطفال والشباب سوف ييسر تحقيق هذا الهدف السابق.

٤- إن حرمان الأطفال المعوقين من فرص المشاركة في نظم التعليم المدرسي العادية في كافة أنحاء العالم ترتب عليه حرمان الطفل المعاق من حقه في الانتماء إلي المجتمع والإسهام فيه، على حين أن الإعاقات المختلفة ينبغي أن ينظر إليها على أنها تحد من احترام الشخصية الفريدة لكل فرد وإلي البحث عن وسيلة لتيسير عضوية الأطفال المعوقين في مدارسنا وفي المجتمع الأكبر، والحاجة الخاصة التي ينفرد بها الطفل المعوق هي حاجة لإنتماءه إلي مجتمعه ويكون جزءاً منه لا مبعداً عنه.

مميزات سياسة الدمج:

لاشك أن سياسة دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية سيكون لها أثر كبير في تغيير اتجاهات الأسوياء نحو المعاقين، بل ايضا تغيير اتجاهات المعاقين نحو الأسوياء، وأن هذه السياسة سوف تحيي الأمل لدى كثير من الأسر وخاصة الفقيرة نحو إعداد هؤلاء الأشخاص للمشاركة في الحياة بأوسع معانيها، وبالتالي إحياء القدرة على مواجهة التحدي.

ونستطيع أن نوجز أهم مميزات سياسة الدمج في النقاط التالية:

١- وجود الأطفال المعاقين مع الأطفال الأسوياء في مبني واحد أو في فصل دراسي واحد يؤدي إلي زيادة التفاعل والاتصال ونمو العلاقات المتبادلة بين الأشخاص المعاقين والاسوياء، كما أن سياسة الدمج تتيح فرصة طيبة للطلبة الأسوياء كي يساعدوا أقرانهم المعاقين.

٢- التعليم القائم على دمج الأطفال المعاقين في المدرسة العادية يزيد من عطاء العاملين المتخصصين داخل المؤسسة التعليمية، فتطبيق سياسة الدمج وبخاصة تعليم التفاعل وأساليب الحوار بين المجموعات النظامية المتعددة، سيتيح للأطفال المعاقين الحصول على أقصى منفعة من المساعدة المتاحة لهم، من حيث التدريب على حل مشاكلهم وتوجيه ذاتهم.

٣- إن تعليم الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة في قاعات دراسة مشتركة يمكنهم من ملاحظة كيف يقوم زملاءهم الأسوياء بأداء واجباتهم المدرسية، وحل مشكلاتهم الاجتماعية والعملية.

٤- الأطفال في حاجة إلي نموذج من أقرانهم يقتدوا به ويتعلموا منه، والطفل المعاق هو أحوج ما يكون لهذا النموذج، ولعله يجده في الطفل السوي فيقوم بتقليد سلوكه، ويتعلم منه المهارات المختلفة.

٥- اثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثراً إيجابياً في تحسن مفهوم الذات وزيادة التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً عند دمجهم مع الأطفال الأسوياء، حيث تبين من هذه الدارسات أن اختلاط الأطفال المتخلفين عقليا بالأطفال الأسوياء كان له اثره الإيجابي في تحسن مفهوم المتخلفين عقليا من ذاتهم، كما اتضح أن دمج الأطفال المعاقين عقليا مع الأطفال الأسوياء في انشطة اللعب الحر أدى إلي اندماج الأطفال معاً في لعب جماعي تعاوني (تلقائي)، وإلي تزايد مضطرد في التفاعل الاجتماعي الإيجابي بينهما.

<u>الاتجاهات المتبادلة للأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الأسوياء نحو الدمج معا في بعض نواحي الأنشطة التعليمية :</u>

مما لا شك فيه أن أكثر فئات الإعاقة استفادة من سياسة الدمج هي فئة الإعاقة الذهنية، ولذا كان لابد لنا من الرجوع إليها للتعرف على اتجاهها نحو الدمج مع الأطفال الأسوياء في بعض نواحي الأنشطة التعليمية المتمثلة في (اللعب، الغناء، الرسم، الرحلات، تناول الطعام، تلقي الدروس، تكوين صداقات معاً)، وكذلك بالمقابل هناك اتجاه للأطفال الأسوياء في مشاركة الأطفال المتخلفين عقليا في هذه الأنشطة التعليمية السابق ذكرها.

ولقد أوضح البحث محاولة التعرف على هذه الاتجاهات المتبادلة في الأنشطة التعليمية المحددة سابقا من خلال استجابة ١٨ بنت متخلفة عقليا أعمارهن بين ١٢-١٩ سنة، ونسبة ذكائهن بين ٢٥- ٦٦%، وهن يدرسن بالقسم الخاص بكلية رمسيس للبنات، واستجابة ٣١ بنت سويه بالصف الأول الإعدادي بكلية رمسيس للبنات، وكانت النتائج الإجمالية لاستجاباتهن على استبيان به سبع اسئلة عن نواحي الأنشطة التعليمية السابقة الذكر، كما تتضح من الجدول التالي:

الاتجاه نحو	البنات المتخلفات عقليا				البنات العاديات			
	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
اللعب مع الفئة القابلة	١٣	٧٢.٢٢	٥	٢٧.٨٧	٢٤	٧٧.٤٢	٧	٢٢.٥٨
الغناء مع الفئة المقابلة	١٥	٨٣.٣٣	٣	١٦.٦٧	٢٤	٧٧.٢٤	٧	٢٢.٥٨
الرسم مع الفئة المقابلة	١٤	٧٧.٧٨	٤	٢٢.٢٢	٢٣	٧٤.١٩	٨	٢٥.٨١

الاشتراك في رحلات مع الفئة المقابلة	١١	٦١.١١	٧	٣٨.٨٩	١٨	٨٥.٠٦	١٣	٤١.٩٤
تناول الطعام مع الفئة المقابلة	١٠	٥٥.٥٦	٨	٤٤.٤٤	١٢	٣٨.٧١	١٩	٦١.٢٩
تلقي الدروس مع الفئة المقابلة	١٢	٦٦.٦٧	٦	٣٣.٣٣	٢٠	٦٤.٥٢	١١	٣٥.٤٨
تكوين صداقات مع الفئة المقابلة	١٢	٦٦.٦٧	٦	٣٣.٣٣	١٢	٣٨.٧١	١٩	٦١.٢٩

وبالرجوع إلي الجدول السابق نجد أن اتجاه البنات المتخلفات عقليا نحو الدمج مع البنات الأسوياء في نواحي الأنشطة التعليمية كان اتجاها إيجابيا في مجمله، حيث تراوحت نسبة الاستجابة بنعم بين ٥٥.٥٦% (الاتجاه نحو تناول الطعام مع البنات الأسوياء) و ٨٣.٣٣% (الاتجاه نحو الغناء مع البنات الأسوياء).

وفي المقابل نجد أن اتجاه البنات السويات نحو الدمج في بعض الأنشطة التعليمية مع البنات المتخلفات عقليا كان إيجابيا في خمسة نواحي، حيث كانت نسبة الإجابة بنعم على كل منها كما يلي: (اللعب والغناء بنسبة ٧٧.٤٢ لكل منهما، والرسم بنسبة ٧٤.١٩%، وتلقي الدروس بنسبة ٦٤.٥٢%، والرحلات بنسبة ٥٨.٠٦%)، بينما كان اتجاههن سلبياً في ناحيتين وهما تناول الطعام وتكوين صداقات مع البنات المتخلفات عقليا، حيث كانت الإجابة بلا علي كليهما بنسبة ٦١.٢٩%.

ومن خلال تحليل مضمون الاستجابة بالقبول والرفض لدي كل منهن تبين لنا أن هناك أسباباً لقبول الدمج من قبل البنات المتخلفات عقليا تركزت في أن البنات السويات حلوين، وهن أصحابهن، ومن سنهن، وأنهن يحببنهن، سوف يستفدن من الدمج مع السويات حيث يتعلمن منهن الرسم والغناء والألعاب المختلفة والكتابة، يتوسمن أن البنات السويات سوف يساعدنهن في حل الحساب والإملاء والاستذكار لهن.

وبتحليل أسباب رفض الدمج لدي بعض البنات المتخلفات عقليا فإن ذلك يرجع إلي كونهن لا يعرفن البنات السويات، وهن لسن أصحاب لهن، يقمن بضربهن ويضحكن عليهن، وأنهن في مدرسة منفصلة، تعودن على القيام بكافة الأنشطة مع أصحابهن في القسم الخاص فقط.

أما أسباب قبول الدمج من قبل البنات السويات مع البنات المتخلفات عقليا فهي تتركز في عدم إحساسهن بالنقص ولا نجرح مشاعرهن، أنهن بشر مثلنا ونحن أخوة، أحبهن وأحب أن أسعدهن وأعلمهن، لأنهن ظريفات ولطيفات وطيبات، لعبهن مسلي، موهوبات في الرسم والغناء، لكي أتعرف عليهن، لأساعدهن وأنمي عقلهن وأشرح لهن وأعلمهن وأصحح لهن الأخطاء.

وفيما يتعلق بأسباب رفض البنات السويات الدمج مع البنات المتخلفتات عقليا تركزت الإجابات بالخوف منهن، ليس لي أصدقاء منهن، لا أعرفهن، لا يوجد فرصة للتواجد معهن، قدرتهن محدودة، لأنهن لا يتكلمن معنا، لا أعرف كيف أتفاهم معهن، المدرسة لا تسمح لنا بذلك.

وهكذا يتضح أن الاتجاه نحو الدمج بين الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الأسوياء، هو اتجاه مقبول لدى أغلب الأطفال سواء المتخلفين أو الأسوياء، وإذا كان هناك قلة من الأطفال لا يرحبون بإجراء الدمج فإن مرجع ذلك هو الانفصال القائم بينهم في المدارس، ومن ثم فليس هناك فرصة للتعارف والمشاركة معا، بل هناك تعليمات لكل من الطرفين بعدم الحديث مع الطرف الآخر، وبالتالي يتجنب كل منهما الآخر، الأمر الذي أدى إلي تكوين مفهوم خاطئ لكل طرف عن الآخر.

ولعل العمل على تنفيذ سياسة الدمج التي بمقتضاها يكون للطفل المعاق ذهنياً مكانة بالمدرسة العادية على قدم المساواة مع الطفل السوي، لعل ذلك الإجراء يساهم في أن يتعرف كل طرف على الآخر وفهمه حق الفهم ومشاركته دون رهبة ومساعدته إذا تطلب الأمر ذلك.

الإجراءات الضرورية لدمج الأطفال المعاقين بالمدارس العامة:

عند الأخذ بسياسة الدمج فإنه من الأهمية بمكان أن نبدأ مبكراً في إدماج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العامة وكافة مجالات الحياة في المجتمع، ولا ننتظر حتى يتم تعليمهم وتدريبهم منعزلين، فقد تؤدي هذه العزلة إلي مزيد من السلوك سئ التكيف.

ولتدعيم سياسة الدمج فإنه يجب أن يقوم مدرسوا التربية الخاصة بالمرور بصفة منتظمة على المدارس العادية كي يساعدوا مدرسي الفصول العادية، وكذلك كي يقوموا بالتدريس للأطفال المعاقين، وعندما تحول جسامة الإصابة دون الدمج الكامل في الصفوف العادية، فإنه يجب أن يكون للتلاميذ كلما أمكن ذلك مكانهم من الناحيتين الاجتماعية والتعليمية في قاعات الدراسة العادية، وأن يحصلوا على قدر من التعليم المساعد والتعويضي خارج قاعات الدراسة فرادي أو في مجموعات.

المسئولون عن سياسة الدمج:

إن تطبيق سياسة دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية لا يقع على عاتق المدرسة وحدها ولكن لابد من مشاركة الآباء والمتخصصين الآخرين، بل والمجتمع عامة من أجل تحقيق ما نرجوه من نجاحات لهذه السياسة، فالمسئولية مشتركة وعلى كل مسئول أن يتعرف على دوره حتى يتم العمل في تكامل نحو تحقيق الهدف المنشود.

ونبين فيما يلي دور كل من المدرسة والآباء والمجتمع في العمل معا في إطار سياسة الدمج:

أولاً: دور المدرسة في تحقيق سياسة الدمج:

يمكن أن تسهم المدرسة بدور فعال في تحقيق سياسة الدمج من خلال محورين متكاملين، المحور الأول: هو إعداد وتدريب المدرسين المهرة، والمحور الثاني: هو إعداد التلاميذ المعاقين لمرحلة ما بعد المدرسة، وفيما يلي نتناول هذين المحورين بشئ من التفصيل:

المحور الأول: إعداد وتدريب المدرسين المهرة:

تمشياً مع مبدأ المدرسة للجميع فإنه يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، وينبغي توجيه برامج التدريب بحيث تناسب الاتجاهات الموجودة في توفير التربية، أي بالنظر إلي التربية المتكاملة والتأهيل في إطار المجتمع.

ولعل من أهم ملامح هذا الإعداد والتدريب للمدرسين يتلخص فيما يلي:

١- تدريب المدرسين الأكفاء يعد أحد المفاتيح لنجاح البرنامج التعليمي الموجه للأشخاص شديدي ومتعددي الإعاقة، ومازالت هناك أمور كثيرة لم تكتمل بعد وتحتاج إلي نقل الخبرات من الدول المتقدمة إلي الدول النامية.

٢- من الضروري أن يأخذ المدرسين في اعتبارهم مفهوم الحاجات التعليمية الخاصة أو النوعية للأطفال والمراهقين من المعاقين الذين يتم دمجهم في المدارس العادية، وأن يعمل المدرسون على تبين الفروق الفردية بين التلاميذ، ليس ببساطة كي نتقبل التباين بينهم، ولكن بهدف حشد أفضل الوسائل الممكنة للتعامل معهم، ولكي نبتكر الطرف لصقلهم بعيداً عن عزلتهم.

٣- تشجيع برامج التدريب المفتوحة التي تعد المعلمين للتعامل مع الأطفال المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة، كما ينبغي التشجيع على توفير إمكانية التخصص للمعلمين في مجال واحد أو أكثر من المجالات المحددة للإعاقة.

٤- أن تتضمن البرامج التدريبية لمدرسي المعاقين تدريباً نفسياً بهدف تنمية اتجاهات صحيحة نحو الأشخاص المعاقين، وتحقيق فهم أفضل للعجز والإعاقة بشكل عام.

المحور الثاني: إعداد التلاميذ المعاقين لمرحلة ما بعد المدرسة:

إن مرحلة ترك المدرسة مرحلة حرجة في حياة الأسرة ككل، فبعد عدة سنوات من غياب الطفل أو الشاب المعاق في المدرسة أثناء النهار تجد كثير من الأسر نفسها مضطرة للعناية به طوال الوقت، حيث أنه بمقتضى القانون يترك الشخص المعاق المدرسة في سن يتراوح بين ١٦ إلي ٢١ سنة وفقا للقوانين المنظمة لذلك في البلدان المختلفة، وإن كان معظم المعاقين ينهون دراستهم تماما عندما يبلغون حوالي ١٢ عاماً.

والحقيقة أن هناك قصوراً شديداً في كثير من المدارس، سواء الخاصة أو العامة في الاهتمام بالمعوقين، وإعدادهم لمواجهة متطلبات الحياة وصعوبتها، فهي لا توفر المناخ للطلبة لمناقشة إعاقتهم وآثارها في حياتهم المقبلة، كما أنها لا تتيح لهم الفرصة كي يتكلموا عن مخاوفهم، وعن قلقهم بالنسبة للمستقبل، ومدى قدرتهم على العثور على عمل والاحتفاظ به، ومدى إمكانياتهم لإقامة حياة عائلية مستقر ة في استقلال عن الآخرين.

وحتى تقوم المدارس بدورها المأمول في إعداد المعاقين لأن يحيوا قدر استطاعتهم حياة متكاملة مستقلة في مجتمع الكبار فإنها يجب أن تسعي إلي تحقيق الإجراءات التالية:

١- إعداد التلاميذ المعاقين للتوافق مع المجتمع:

من الضروري أن تهيئ المدرسة الفرصة للتلاميذ المعاقين كي يتعلموا كيف يواجهون المشكلات في المجتمع، فبالإضافة إلي تعلم المهارات الدراسية الأساسية مثل القراءة والكتابة، فإنه من الضروري أيضا أن يتعلموا السلوك الاجتماعي الطبيعي والقواعد العامة للتعامل الاجتماعي في المجتمع، البيئة المحيطة بهم، وكيف يطهون طعامهم، وكيف يستعملون وسائل النقل وغير ذلك.

٢- إعداد التلاميذ المعاقين للتعايش مع العجز:

يجب العمل على تعليم الأطفال المعاقين كيف يستطيعون التعايش مع العجز، وبذلك يمكن منعه إن استطعنا من أن تشكل الإعاقة الم نفسى واثم لهم، ولكي يمكن مساعدة الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة على استخدام الإمكانيات الاحتمالية للنمو الكامنة فيهم، فمن الضروري عدم التركيز كثيراً على نواحي العجز، بل يجب التركيز بالأحرى على كيفية تعلم المهارات اللازمة.

٣- إعداد التلاميذ المعاقين للعمل:

يتم ذلك من خلال التعليم والتدريب المهني، ويجب أن يوضع في الاعتبار الصعوبات الخاصة بنواحي العجز، بحيث يتم التدريب على المهن البسيطة والنمطية، كما يجب أن يصمم البرنامج التدريبي بحيث يبدأ بالإمكانات البسيطة لدى الفرد، ثم يتقدم إلي أقصى الإمكانيات الكامنة لدى الشخص المعاق، ويجب على أي حال أن تتلاءم البرامج المتاحة مع الاحتياجات الصناعية والزراعية والاقتصادية.

٤- تشجيع المشاركة بين الاباء والمهنيين:

إن المشاركة هي المبدأ الأساسي الذي تستند عليه تنمية علاقات العمل بين المهنيين ووالدي الطفل المعوق، وتتخذ المشاركة أشكالاً متعددة، إلا أنها تركز جميعها على إقرار أساسي وهو أن كلاً من الطرفين له مجالات في المعرفة والدراية يمكنه أن يساهم بها في مهمة التعاون لمصلحة الطفل، ومن ثم يجب العمل على تشجيع الوالدين والمهنيين على تنمية علاقات عمل طيبة بينهم، وذلك لمصلحة الطفل المعاق، حيث يتم تبادل المعارف والمهارات والخبرات لتلبية حاجات الطفل الخاصة، ولاشك أن هذا التعاون بين الوالدين والمهنيين سوف يساعد على تعلم الطفل المعاق وتقدمه بصورة أفضل مما لو عمل كل من الطرفين على انفراد.

ثانياً: دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج:

لقد لوحظ أن الآباء يلعبون دوراً لا غنى عنه في المساعدة من أجل دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، ويمكن أن يدربوا ليس فقط كي يجيدوا التعامل مع مشكلات الحياة اليومية التي تظهر مع الإعاقات الخطيرة ولكن لكي يصبحوا مدرسين أكفاء لأطفالهم كذلك، ولهذا الغرض لابد أن يشمل التدريب كل أفراد الأسرة وليس فقط الأمهات.

وإلي جانب تدريب الآباء على القيام بدورهم فإنه يجب تدعيمهم من خلال توفير أكبر قدر من الخدمات الاجتماعية لهم، بما فيها توفير الاخصائيين الاجتماعيين والموظفين الأكفاء الذين سوف تشجع نصائحهم وتوجيهاتهم الآباء والمعاقين الصغار كي يستفيدوا من إعادة التأهيل والعملية التعليمية، ذلك أن آباء الأطفال المعاقين هم في حاجة ماسة إلي المعلومات والتوجيهات الخاصة بكيفية تعاملهم مع أطفالهم المعاقين، ولذا فهم في حاجة إلي دورات تعليمية يأخذون خلالها المعلومات والنصائح في كيفية مساعدة الطفل المعاق.

ويمكن تحديد أهم ملامح دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج في النقاط الآتية:

(أ) تقبل الآباء لأطفالهم المعاقين:

على الوالدين أن يتقبلا طفلهما المعاق، لأن ذلك سوف يكون له اثره الإيجابي في مفهومه عن ذاته واستشعاره بقيمته ومكانته داخل الأسرة، وبأنه طفل مرغوب فيه، الأمر الذي يساعد علي اندماجه داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع عامة، ومن ثم سيسعى نحو بذل قصارى جهده لاكتساب المهارات اللازمة، والسلوك التكيفي المطلوب تعليمه إياه عند إجراء اي محاولة لتعليمه وتدريبه.

(ب) قيام الآباء بدور المعلم لأطفالهم المعاقين:

يمكن أن يقوموا آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بدور أساسي في تعليمهم، إذ الملاحظ أنه بالرغم من أهمية مشاركة الآباء إلا أنها مازالت في نطاق ضيق وليست في شكلها المثالي المطلوب، وربما كان ذلك مرجعه في أغلب الحالات أنه ليس هناك دور محدد لمشاركة الآباء وإسهاماتهم.

(ج) أهمية التوافق الأسرى للأطفال المعاقين:

لقد تبين من الدراسات أن البيئة المنزلية الجيدة والتوافق الأسري الذي يسود بين جميع أفراد الأسرة، وخاصة الوالدين يزيد من كفاءة الأطفال المتخلفين عقلياً، كما اتضح أيضا أهمية الأسرة ككيان اجتماعي وكمؤسسة تربوية لا غني عنها من أجل النمو النفسي السليم، حيث وجد أن مفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي المقيمين مع أسرهم كان أكثر إيجابية بشكل دال بالمقارنة بأقرانهم الذين يتواجدون داخل مؤسسات خاصة، كذلك وجد أن تبني بعض الأسر لأطفال متخلفين عقليا قد ساعد على توافقهم الاجتماعي.

ثالثاً: دور المجتمع في تحقيق سياسة الدمج:

إن ترك الأشخاص المعاقين للمدرسة كان من المفروض أن يتبعه إسهامهم ومشاركتهم في حياة مجتمعهم، تماماً كما يفعل أي شخص آخر بلغ سن الرشد، حيث يتوجه إلى العمل وترك منزل الأسرة للزواج، غير أن هناك من المعوقات داخل المجتمع تحول دون أن يحقق غالبيتهم ذلك، ومن ثم فهم جلوس في البيت، وكثير منهم يتساءل لماذا لا يذهبون إلي المدرسة كما كانوا يفعلون من قبل، ولما تغير نظام الحياة والوتيرة التي تعودوا عليها بهذا العنف، ولماذا يلازموا المنزل ليلاً ونهاراً، ويعيشوا في عزلة دائمة، وقد تؤدي الحياة الجديدة إلي السأم والإحباط وسيادة جو من التوتر في المنزل.

إن المسئولية الملقاة على الأسرة أكبر من طاقتها المحدودة، ولذا فإن الأمل أن يساعد المجتمع بكافة مؤسساته في تشجيع دمج الأطفال المعاقين في كافة نواحي الحياة، ولاشك أن هذا الدمج سوف يكون له أثره في تقبل الأسرة لطفلها المعاق، حيث تشعر الأسرة بأن لطفلها المعاق مكاناً بين الأطفال الأسوياء، ولهم ما لهم من حقوق، وبذالك تطمئن الأسرة على مستقبل ابنها في المجتمع. وقد وجد أن استقرار الأسرة واطمئنان الآباء على مستقبل طفلهم المعاق عقلياً ذو علاقة إيجابية بتحصيل القراءة والتحصيل العام لديه.

ولكي نيسر المسئوليات الملقاة على عاتق الأسرة التي بها طفل معاق، فإن المهتمين بسياسة الدمج يهيبون بالمجتمع أن يسهم بدور فعال من أجل العمل نحو تشجيع دمج الأطفال المعاقين في مجالات الحياة المختلفة من خلال السعي نحو تحقيق الإجراءات التالية:

أ- ينبغي أن يوفر المجتمع الخدمات التعليمية والنفسية الملائمة للأسر التي بها أطفال معاقين، وأن يعمل على تحسين الخدمات الإرشادية والتعليمية للآباء، ويكون هناك تعاون تام بين الآباء والمدرسين لكي نساعد الطفل على إنماء طاقاته الكامنة.

ب- على المجتمع أن يضع في خططه دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، وتنفيذ البرامج الموضوعة من أجل تحقيق ذلك لتخفيف عزلتهم، وتيسير المشاركة الكاملة في كل جوانب الحياة.

ج- من الاعتبارات الهامة العمل على دمج الأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة في أنشطة المجتمع وقت الفراغ، فهذه الأنشطة يمكن أن تكون بمثابة السبيل نحو حياة عادية لهؤلاء الأشخاص. هذا بجانب تشجيع الأنشطة التي يشترك فيها الأشخاص المعاقون مع الأسوياء.

د- على المجتمع تشجيع قيام المنظمات التطوعية التي تهدف نحو مساعدة الآباء والأمهات في كيفية التعامل مع أبنائهم المعاقين، وتوفير وتنظيم دورات التدريب المهني للمعاقين لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

هـ- ينبغي أن تعمل الدولة على توفير أقصى عدد من الوظائف للأشخاص المعاقين وتشجيع ذلك. وفي بعض الحالات فإنه من الضروري توفير فرص عمل مخصصة للمعاقين لتيسير توظيفهم كالمصانع الآمنة أو المجهزة للأشخاص المعاقين. لأنهم في حاجة إلي عون خاص، ويتوقعون أن يلعب الآخرون في المجتمع دوراً فعالاً كي يشركوهم في العملية الانتاجية، فإذا ما فعلوا ذلك فهم يتيحون لهم البداية لحياة لها معني عميق.

و- على الدولة أن تعمل على تبادل المعلومات والخبرات التعليمية بين الدول المختلفة التي تأخذ بسياسة الدمج، والتعرف على الأبحاث والمناهج الدراسية، ومثل هذه المعلومات تعد منابع رئيسية مشتركة يجب أن تعمل الدولة بكل قوة على المساهمة فيها.

ز- لا بد من تدريب أشخاص من المجتمع (المشرفون المحليون المتطوعون) ومن أسرالمعاقين، بواسطة متخصصين في مجالات الإعاقات المختلفة (سمعية، بصرية، ذهنية)، مما يساعد على زيادة التكيف السلوكي والمهارات السلوكية لدى الأطفال المعاقين وتعديل اتجاه أمهات الأطفال المعاقين تجاه المجتمع الذي يعيشون فيه.

تحفظات على سياسة الدمج الكامل:

أبدى الخبراء بعض التحفظات على سياسة الدمج الكامل للأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة، ومن هذه التحفظات أن عملية الدمج ليست على نمط واحد من حيث التنفيذ، فالدمج يجب أن يكون ملائما للظروف التعليمية والاجتماعية وللثقافة العامة للمجتمع، ولذا فإن كثير من الدول في حاجة إلي معلومات في نواحي مختلفة عند تطبيق سياسة الدمج في أنظمتها التعليمية، ويجب أن تعمل كل دولة على تكييف هذه المعلومات وفقا لظروفها وإمكانياتها. ومنها أيضاً أن إجراء الدمج يسمح بظهور الفروق الفردية باختلاف أنواعها وهي لا تتركز على الطفل المعاق، ومن ثم يجب أن تؤخذ في الاعتبار حاجات كل طفل، فالدمج لا يعتبر كشئ يجب تطبيقه كأنه لافته أو مذهب يلتزم به حرفيا ولكنه يجب انجازه بطرق مختلفة وفي أماكن مختلفة وفقا للظروف المحيطة. كما وجد أن الأطفال شديدي الإعاقة قبل أن يتم دمجهم في المدارس العادية هم في حاجة لأن يتفاعلوا من نفس المنهاج التعليمي كأقرانهم الأسوياء. وأيضاً يعتقد المعلمون في بلدان عديدة أن من الممكن دمج الأطفال بدنيا في الصفوف العادية على نحو فعال، بينما يرون أن ثمة مشكلات سوف تنشأ من جراء دمج الأطفال الذين لديهم صعوبات شديدة في التعلم، وأولئك المصابون بعجز يؤثر على أساليب الاتصال في الدراسة (ضعاف السمع والبصر، والصم والبكم)

وتتوقف قدرة المعلمين على مواجهة مطالب الدمج على قدرتهم على توسيع المنهج الدراسي وتعديل أساليبهم في التدريس، والاستقلال المهني والعمل كفريق. وأخيراً وجد أن الظروف الجسمية والحسية المختلفة التي يعاني منها ذوي الإعاقات الشديدة تتطلب تدخل المدرسين المتخصصين كي يتعاملوا معها بكفاءة.

وعموماً فإنه يجدر بنا الإشارة إلي أن دمج الأطفال المعاقين داخل النظام التعليمي العادي وصل إلي مراحل مختلفة في عدد من الدول الأوروبية، بعضها أحرز تقدماً جيداً والبعض الآخر أحرز تقدما طفيفاً.

الفصل الرابع: دمج العاقين ذهنيا بالمدارس العادية

يعتبر مفهوم الدمج من المفاهيم التي تشكل اهتمام لدى جميع العاملين والمهتمين في حقل رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن المجتمعات التي مازالت تتثابر في رعاية المعاقين ذهنياً وفي تأهيلهم، وجدت في فكرة الدمج الخلاص الأساسي والرئيسي للعلاج والوقاية. فالمعاق ذهنياً يحتاج إلي شتى أوجه الرعاية من خلال منظور الدمج حتى يتسنى له الحصول على الاحترام والتقدير المجتمعي، وحتى يتسنى له العيش في الحياة الكريمة التي تسعى الأنظمة المعنية به لتوفيرها له.

ويشكل هذا الموضوع أهمية في التدخل المهني بالمجتمعات المختلفة ونتناول في هذا الفصل عدة أجزاء أهمها:

- مفهوم الدمج.

- أنواع الدمج وكيفية الاستفادة من كل نوع.

- الممارسة المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في ضوء الدمج.

- الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج.

- الأدوات والأدوار للأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الدمج للمعاقين ذهنياً.

- تعريف الدمج :

هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الأسوياء في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل.

ومن خلال ذلك التعريف تتمكن جمعيات تنمية المجتمع المحلي أن تساهم في توفير عناصر أساسية تكون دعامة لتعليم وتأهيل المعاقين ذهنياً حيث وجود القاعات والفصول الدراسية، الملاعب والمسارح، ولا يخفي علينا أن جمعيات تنمية المجتمع تمتلك المقومات

ويمكن أن تحدث تكامل في عملية تقديم الخدمات بأكثر من وسيلة مثل.

١- توفير مقاعد دراسية داخل فصول التقوية بالجمعيات لاستيعاب المعاقين ذهنياً من الفئة المتوسطة والبسيطة القابلة للتعليم والتدريب.

٢- اشتراك المعاقين ذهنياً وأسرهم في الرحلات التي تنظمها الجمعيات وتكون مجانية اذا لذم الامراو بسعر رمزى.

٣- تدريب وتأهيل المعاقين ذهنياً على بعض المهن مثل أعمال التريكو والطباعة داخل مقر الجمعية والورش المحمية.

٤- تشغيل نسبة من المعاقين ذهنياً داخل الجمعية.

- أنواع الدمج :

اولا : الدمج التعليمى:

ويعتبر شكلاً من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة ،وفيه يتم إلحاق الطلاب الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقي كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسوياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية.

ثانيا : الدمج الاجتماعي:

يقصد به دمج المعاقين مع الأسوياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال:

- الإعداد لرحلات للمعاقين ذهنياً والأسوياء.

- تدريب المعاقين ذهنياً داخل ورش الجمعية مع الأسوياء.

- محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنياً قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقاً لقدراتهم.

- عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل - تقديم المشروبات للحضور - اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية - الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة / اشراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام. كما يمكن إشراك المعاق ذهنياً في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.

الممارسة المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج.

ليس الأمر يمثل صعوبة على الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعية في عمله، ولكن الأمر يتطلب من الممارس أن يكون لديه الاستعداد الشخصي والمهني، ولديه التأهيل والدراية العملية والتخطيط المستمر للعمليات المهنية. ثم يقوم بالممارسة على الشكل التالي:

١- استثارة المجتمع الخارجي بالندوات واللافتات وزيادة المؤسسات المالية والتعليمية والثقافية وتنظيم لقاءات عن الإعاقة الذهنية وفتح قناة شرعية للمشاركة مع الجمعية.

٢- تنظيم المسابقات البحثية عن الإعاقة الذهنية وكذلك المسابقات الفنية التى تعبر عن احتياجاتهم ودمجهم فى المجتمع.

٣- تنظيم زيارات للقيادات البارزة بالجمعية لزيارة مؤسسات الإعاقة الذهنية.

٤- تنظيم دورات وبرامج تدريبية للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية لرفع الكفاءات بصفة مستمرة.

٥- دعوة المهتمين بالإعاقة الذهنية للمشاركة في أعمال الجمعية ونشاطها.

٦- منح أسر المعاقين ذهنياً منح مالية وعينية وتقديم المساعدات لهم وغير ذلك فى حالة أحتياجهم.

٧- تدريب أسر المعاقين ذهنياً على طرق التربية والرعاية بالمنزل وأن الممارسة المجتمعية في إطار الدمج ما هي إلا رسالة تثقيف وتوعية وتعديل للرأي المجتمعي عن الآثار الاجتماعية لعملية الدمج.

الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج:

إن الاثار الاجتماعية لسياسة الدمج في المجتمعات هي النتاج الحقيقي الذي ينتظره المعاق، حيث الجدية في هذه السياسة تقدم نتائج إيجابية مثل:

١- فرصة لتفاعل الأسوياء مع المعاقين ذهنياً وهي تولد وتثير حب المساعدة لدى الأسوياء في ذلك المجتمع.

٢- تطبيق سياسة الدمج من خلال الجمعيات الأهلية يولد الرغبة في العمل التطوعي من قبل المتخصصين بالإعاقة من خلال زياراتهم المتكررة للجمعيات وتفاعلهم المستمر مع سكان المجتمع.

٣- يزيد من التوافق الاجتماعي للمعاقين ذهنياً مع الأسوياء ويقلل من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المعاقين في حالة عزلهم عن المجتمع المحيط.

٤- الدمج في الجمعيات الأهلية يقلل من المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة الذهنية ويولد رؤية تعاونية من قبل السكان لإدماج المعاقين ذهنيا في المجتمع في شتي نواحي الحياة.

ومما لا شك فيه أن الدمج من منطلق عمل الجمعيات الأهلية كمنظمة مجتمعية يخفف من الخسائر المجتمعية الناتجة عن الإهمال في الإعاقة الذهنية.

- أدوات وأدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الدمج:

يعتبر الاخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في أداء الجمعيات الأهلية لدورها في الوقاية من الإعاقة الذهنية وعملية العلاج أيضاً ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يربط عملية الدمج بالدور والأداة .. وذلك من خلال الآتي:

١- تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والاحصائيات الموجودة. مثال: حصول الاخصائي على معلومات بخصوص وجود هروب وعزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في مخيمات المعاقين التي ترعاها الجمعية.

٢- تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك القضية. ويمكن التعامل مع هذه المشكلة المجتمعية كالتالي:

أ- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل كخبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل عرض، ويكون حريصا على دعوة أعضاء الجمعية الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشتركاً.

ب- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ذهنياً وبعض المعاقين من حالات الداون الخفيف والإعاقة المتوسطة ويعرض مشكلاتهم ، حيث من الممكن أن يعمل الاخصائي على تدعيم العلاقة مع مدارس التعليم العام ، ونجد أن الاخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة من خلال دوره في العمل مع الجماعات، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة.

ج- الاخصائي الاجتماعي في تعامله مع قضية الإعاقة الذهنية يستخدم نتاج دوره، مما يمكنه من تفعيل مشاعر المجتمع والأراء حول الإعاقة من خلال وسائل العرض مثلا على حائط في مقر الجمعية – لافتات توزع على المدارس والمساجد والاندية .

خلاصة القول أن الاخصائي الإجتماعى يستطيع أن يربط بين دوره والأداة المجتمعية نحو الإعاقة ولنقف وقفة حول الأثر الذي من الممكن أن يحدث عندما تناقش قضية المعاقين ذهنياً في المجتمع أمام المسئولين واصحاب القرار.

دور المجتمع (الأسر/الأفراد/ المدرسين) في دمج المعاقين ذهنيا مع بعض النماذج المطبقة:

<u>بيئة التعلم:</u>

يجب تقديم البيئة المناسبة للاحتياجات الخاصة للطلاب المعاقين وأن تكون تلك البيئة عادية بقدر الإمكان ويتلقي الطالب تعليمه مع أطفال في مثل عمره الزمني. وهناك العديد من الخدمات والمعينات التي تقدم للطالب المعاق حسب الاحتياج (مثل التقنيات التعليمية أو المساعدات التكنولوجية والمساندة الشخصية) حتى يستطيع أن ينجح في الفصل الدراسي العادي.

<u>وصف البيئة:</u>

- يتلقى الأطفال المعاقين التعليم جنباً إلي جنب مع الأطفال الأسوياء إلي أقصى حد ممكن سواء في المدارس العامة أو الأهلية أو مؤسسات العناية الأخرى.

- لا يتم نقل الطفل المعاق إلي الفصل الدراسي الخاص أو المدارس المعزولة أو نقله من الفصل الدراسي العادي إلا إذا كانت الإعاقة شديدة لا تمكنه من تلقي التعليم حتى مع استخدام المعينات والخدمات الخاصة.

<u>دور الأسرة:</u>

إن للأسرة دور أساسي في عملية دمج المعاق في المجتمع، ويمكنها المشاركة في وضع البرنامج الفردي للطفل وتطبيقه داخل المنزل، وأن يحرص ولي أمر الطالب المعاق على حضور الاجتماعات التي تنفذها المدرسة، ويطلع على السجلات المدرسية الخاصة بالطالب. لذا فإنه من الضروري أن يكون لولي أمر الطفل المعاق الحق في تمثيل ابنه.

دور الأفراد:

- أن استيعاب الطلاب من ذوي القدرات المتباينة في مدارس وفصول التعليم العام يعني حدوث تغييرات لجميع أعضاء المجتمع التربوي، وتغييرات في طرق وإعداد المنهج الدراسي وتقديمه وكذلك تغييرات في العلاقات المهنية والإنسانية.

- التغيير في الأساس يجب أن يكون حول الأفراد ومعتقداتهم وأفعالهم بدلاً من أن يكون حول البرامج والمواد التعليمية والتكنولوجية أو الأدوات.

- ليس من الغريب أن يقلق المعلمون حول كفاءتهم وقدرتهم على تلبية احتياجات الطفل المعاق، فكثير منهم يشعر بالتعاطف والحزن نحو الطفل، في حين يقنط البعض حين يشعرون بأن عملهم مع الطفل المعاق سوف يكون في مقدمة جميع مهامهم الأخرى، ويتعرض المعلمون لمشاعر متناقضة من التحدي والأمل والدهشة والواقعية والإحباط والخوف وعدم الكفاءة، لذا فإن ردود الفعل هذه تتأثر بدرجة قوية بمعتقدات المعلمين حول التجديد، إدراكهم لقدرتهم على استخدام التجديد، المكان الذي يحدث فيه التغيير، ونوع الدعم والمساعدة التي يتلقونها حين يقومون بمحاولة تنفيذ التغيير.

ومن هنا يحتاج الأفراد إلي تلقي الدعم والمساندة من بعضهم البعض وكذلك من المنظمة التي ينتمون إليها لتجاوز ردود الفعل الضرورية وغير المريحة للتغيير، وعلينا أن نتذكر أن الأفراد غالباً ما يحتاجون إلي ضغط من أجل التغيير حتى لو كانوا مع الفكرة الجديدة، ومن شأن التشريعات والتعليمات الصادرة عن النظام أو المدرسة أن تساعد في زيادة سرعة عجلة تطور ممارسات الدمج. كما أن دعم إدارة المدرسة تعتبر حيوية لإعداد مدارس الدمج.

فلابد من دعم لعملية التغير وهذه العملية تشتمل على عاملين أساسيين هما النظام والأفراد المرتبطين بذلك النظام.

ولا يعني الوصول إلي التغيير انتهاء العملية، ولكن لابد من إعداد طرق تسمح باستمرار ذلك التغير، لذلك يبدو من الضروري أن تكون طرق استمرار التغيير والمحافظة عليه أجزاء أساسية من خطط التغيير.

ولكي ينجح التغيير فإنه يحتاج إلي دعم مادي قوي وإلي ثقافة تغذى الكفاءة والأخلاق والمبادئ، ويجب توفير المصادر المختلفة في شكل مواد وعاملين وتدريب، ولكي تبرهن على التزام المدرسة بالفكرة الجديدة لابد من إعداد خطط ومشاريع محددة من أجل استمرار الإجراءات، كما يجب تقديم مختلف أشكال الدعم لتنفيذ الخطة.

وغالباً ما يحتاج المعلمون العاديين إلي المصادر المتوفرة حالياً ضمن برامج التربية الخاصة لمساعدتهم في العملية التعليمية للطلاب المعاقين ممن يتواجدون في فصولهم الدراسية، وأيضاً تزويد أولياء الأمور والطلاب وغيرهم من الجهات المهتمة كمجلس إدارة المدرسة بالمعلومات يعتبر أمراً ضرورياً وهاماً، وكذلك من الأمور الأساسية طرق موائمة وتنسيق عملية تقديم المنهج في إطار جديد.

بعض النماذج المطبقة لعملية الدمج:

١- الولايات المتحدة الأمريكية:

ظهر الاتجاه نحو استراتيجية الدمج كنتيجة لمطالبة أولياء أمور التلاميذ المعاقين كجماعات ضغط تطالب بحق تعليم أبنائهم في مدارس الأسوياء.

وبناءاً عليه قامت الدولة بالسعي لتنفيذ استراتيجيات للدمج من خلال برامج الدمج mainstreaming وتضم دراسة لبعض الوقت في الفصول العادية وأخرى في غرف المصادر بالمدرسة ويقوم برعايتهم معلم التربية الخاصة أثناء وجودهم في غرفة المصادر أو دراسة كل الوقت في فصول عادية مع متابعة وتوجيه من معلم التربية الخاصة عن كيفية إعداد الفصول العادية للدمج والتكامل أو الحصول على المصادر اللازمة لتعليمهم، ودراسة كل الوقت في مدارس التعليم العادي مع وجود خدمات خاصة في حدود ضيقة من معلم التربية الخاصة.

٢- بريطانيا (المملكة المتحدة):

توفر الحكومة البريطانية تعليماً إلزامياً للمعاقين من سن الخامسة حتى السادسة عشر، ويتعلم الأطفال المعاقين بالمدارس العادية مادامت هذه المدارس تستطيع سد احتياجاتهم، فهناك أطفال يدرسون في الفصول العادية مع مساعدة شخصية، وأطفال ينتظمون في فصول خاصة داخل المدارس العادية، وآخرون يدرسون بمدارس خاصة منفصلة، ويجد كل طفل التسهيلات التعليمية المناسبة مع طبيعة إعاقته ومستواه، وبذلك يحقق تقرير Mary Warnock تربية المعاقين في ظل النظام الدمجي بثلاث أساليب إدماج جغرافي وإدماج اجتماعي وإدماج وظيفي.

٣- إسرائيل:

أعدت المدارس النظامية للوفاء باحتياجات الطلاب المعاقين ودمج واستيعاب كل من يظهر عليهم بعض الإعاقات وثمة أربع نماذج أساسية لنظام الدمج التربوي المعمول به كالتالي:

نموذج مجموع الدمج Group integration: ويتكون من دمج عدد كبير من الأطفال المعاقين من ١٠ :١٢ طفل داخل الفصول العادية وهذا النموذج يكون في المدارس الابتدائية.

نموذج التعليم العلاجي: ويطبق عادة في الفصلين الأول والثاني من فصول المدرسة الابتدائية ويضم الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة، ويعد هذا نموذجا للتدخل المبكر.

نموذج الدمج المقابل: Reversed Integration وفيه يعتبر فصل التربية الخاصة هو الفصل الأم، لكن بالنسبة للأنشطة الاجتماعية والمدرسية فإن الطلاب المعاقين يندمجون مع الطلاب الأسوياء.

نموذج تعليم المراكز: Learning Centers ويطبق في المدارس العليا الخاصة مع الطلاب المعاقين المندمجين في فصولهم العادية.

٤- النرويج:

تنفيذاً لمبدأ التربية للجميع يتاح للأطفال والشباب المعاقين الالتحاق بالمراحل التعليمية المختلفة بجوار أقرانهم الأسوياء مع تلقي خدمات مساندة لاحتياجاتهم التعليمية وذلك من خلال برامج ما قبل المدرسة، ورياض الأطفال العامة، والمدارس الإلزامية العادية، ومدارس التربية الخاصة وفصولها.

٥- ألمانيا:

أنشأت شبكة واسعة من المراكز الاستشارية التي تتناول التعليم الخاص بالأطفال المعاقين وذلك من أجل التعرف المبكر عليهم للتمكن من تقديم الخدمات التربوية على الوجه الأكمل، ويتكامل المعاقين مع المجتمع على أساس برنامج حكومي شامل يقدم لهم إجراءات تنسيقية في مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية وخاصة في مجال التعليم والصحة العامة والثقافة والعمل، ويتم ذلك من خلال النظام الدمجي الكامل أو حسب ظروف الإعاقة ودرجتها.

وإذا كان لتربية المعاقين في ظل استراتيجية الدمج تلك الصورة من الممارسة والتطبيق بالنسبة لبلدان العالم المتقدمة فإنه يجب أن تحتل هذه الاستراتيجية أهمية قصوى وضرورة بالنسبة لمصر، خاصة وأن بمصر ما يزيد عن ٧ مليون معاق أو أكثر، كما أن نسبة من تقدم لهم خدمات منظمة منهم لا تتعدى ٣% فحسب، إلا أن تطبيق استراتيجية الدمج لتربية المعاقين بمصر يقتضي السعي نحو إيجاد متطلبات لتفعيل تلك الاستراتيجية. فمن حق كل طفل معاق أن تقدم له كافة الخدمات من العلاج والتأهيل والتعليم والرعاية المتكاملة من خلال تبني الاستراتيجية الدمجية الأكثر مناسبة والتي تستهدف تحرير المعاقين من أسر المؤسسات الخاصة التي تعزلهم عن الحياة الاجتماعية، بحيث يشاركون في الأنشطة الحياتية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization.

ولكن تفعيل هذه الاستراتيجية حيال تربية المعاقين في المجتمع المصري يحتم على الوزارات والمؤسسات الحكومية والأهلية المسئولة عنهم النهوض ولو تدريجيا بما تقتضيه هذه الاستراتيجية من متطلبات منها:

١- إعداد خطة مناسبة من قبل وزارة التربية والتعليم باعتبارها الوزارة المسئولة وتعاونها الوزارات المساعدة الأخرى مثل الشئون الاجتماعية والعمل والصحة والقوى العاملة والهجرة، توضح خلالها طبيعية استراتيجية الدمج والهدف منها والاستراتيجيات الخاصة التي تسهم في إنجاحها.

٢- ضرورة الترابط والتكامل والتنسيق بين مختلف الجهات والمؤسسات المختصة برعاية المعاقين.

٣- عمل مسح شامل للمدارس المرشحة على مستوي الجمهورية لتطبيق استراتيجية الدمج للتعرف على إمكانياتها البشرية والمؤهلة ومدى توافر الأعداد اللازمة من معلمي التربية الخاصة بها وإمكانياتها المادية المساعدة في التطبيق من حيث عدد الفصول ومساحتها والأبنية الإضافية والفناء المسموح فيه بممارسة الأنشطة وتوفر الخدمات والورش وحجرات المصادر.

٤- توفير الاحصائيات الدقيقة عن المعاقين بكل فئاتهم وخصائصهم لمعاونة مخططي البرامج والباحثين والدارسين.

٥- العدالة في التوزيع الجغرافي لمدارس المعاقين، إذ تخلو بعض المحافظات من هذه المدارس سواء الخاصة أو المتكاملة.

٦- إعداد القيادة الواعية القادرة على استيعاب استراتيجية الدمج بإعداد الدورات اللازمة لمديري المديريات والمدارس التي سيتم تطبيق الاستراتيجية بها.

٧- أن يكون التخطيط لتربية وتعليم المعاقين وتأهيلهم أحد المفاهيم الرئيسية للخطط القومية لتطوير التعليم، إذ بدون التخطيط لا يمكن تحقيق التربية للجميع فكراً وتطبيقاً، كما لا يمكن النجاح في تطوير خدمات التربية للمعاقين بمعزل عن السياسات التربوية العامة، فالتطور المنشود يتطلب تعديلاً في الممارسات والنظم التربوية والمفاهيم والمصطلحات السائدة، الأمر الذي يقتضي ضرورة إعادة تخطيط البرامج التربوية والاستراتيجيات ونظم التعليم بحيث ييسر من إمكانية دمج المعاقين في البيئة العادية وتعليمهم في مدارس الأسوياء كلما كان ذلك ممكناً ومناسباً بما يتفق مع فلسفة التربية الخاصة، والعمل أن تأخذ المناهج الدراسية للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة والمدمجين بالفصول العادية نفس المنهج الدراسي المعمول به في المدارس العادية، وأن يكون المنهج الدراسي للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة والمدمجين في فصول خاصة بالمدارس العادية ذا مستوى أقل ويتناسب مع درجة الإعاقة وطبيعتها، كذلك إنشاء إدارة خاصة لتقييم وتنفيذ الوسائل التعليمية التي تتناسب مع كل من الأسوياء والمعاقين شريطة أن تكون بسيطة وسهلة التنفيذ حتى يتم تدريب المعلم عليها ويتمكن من تنفيذها وتعديلها لتتناسب وطبيعة الإعاقة التي يتعامل معها، كما أن توفير حجرة المصادر يعتبر من بين العناصر الأساسية لضمان البيئة الصالحة والمناسبة لعملية الدمج، وأن الاهتمام بالأنشطة الجماعية التي يمكن أن تدعم التفاعل بين المعاقين والأسوياء على أن يتم ذلك في مجموعات صغيرة أولاً ثم تزداد هذه الجماعات بالتدريج بعد أن يكتسب الطفل السوى تدريجياً الأساليب المناسبة للتعامل مع تربية المعاق، ولابد من توحيد المناهج المستخدمة في برامج وتأهيل المعاقين مع التقويم الشامل للاستراتيجيات المعمول بها حاليا بما يحقق زيادة فاعليتها على أن يتم التدرج في تطبيق استراتيجية دمج المعاقين مع الأسوياء بالأشكال والمستويات المختلفة والمناسبة.

وأخيراً إعداد وتنظيم دورات تثقيفية لأولياء أمور الأطفال والمعاقين كل أسبوع داخل المدرسة المتكاملة لمناقشة أحوال أبنائهم والمشكلات التي يعانون منها ومحاولة تقريب وجهات النظر بينهم حتى يتقبلوا استراتيجية الدمج ويساهموا في إنجازها. وهذا يتطلب الآتي:

فتح أبواب المدارس المتكاملة خلال العطلة الصيفية وكافة العطلات على مدار العام الدراسي لاستقبال الأطفال الأسوياء والمعاقين وتركهم يتفاعلون معاً ولفترات قصيرة تزيد تباعاً.

اشتراك الآباء في صناعة القرارات الرئيسية الخاصة بوضع أبنائهم في المدارس والفصول المناسبة بجانب المشاركة في تحديد البرامج التي تقدم لهم مما لذلك من آثار طيبة لإنجاح استراتيجية الدمج.

اشتراك الوالدين في عملية الرعاية المتكاملة كعنصر أساسي وهام في البرامج المختلفة للرعاية ويصاحب ذلك إرشاد وتوجيه الوالدين وإعدادهم للتعامل مع الطفل المعاق.

تشجيع الجامعات ومراكز البحوث الاجتماعية والتربوية والصحية والقانونية وغيرها من الهيئات العلمية بمصر على إجراء البحوث والدراسات ومتابعة تجربة الدمج عن قرب لتذليل أي عقبات يمكن أن تعترض تلك التجربة وتقديم المشورة عن نشوء أي مشكلة ومحاولة حلها.

تشجيع الدراسة في مجال التربية الخاصة بكافة السبل المتاحة وتوصية مجالس الكليات والجامعات بالحصول على عدد من المنح والبعثات والزيارات للوقوف على أحدث التطورات حتى يكتب لاستراتيجية الدمج النجاح.

مناقشة كافة وسائل الإعلام والثقافة في مصر ببذل المزيد من الجهود لتوعية الأسرة والجمهور والمجتمع بضرورة الدمج والتكامل في المجتمع من جديد.

الفصل الخامس: دمج العاقين سمعيا بالمدارس العادية

تمهيد:

تعتبر حاسة السمع من أهم الحواس التى تساعد الإنسان على التكيف والتوافق مع البيئة المحيطة به فمن خلال حاسة السمع يستطيع الإنسان أن يفهم حديث الآخرين ويتفاعل معهم، ومن خلال السمع يستطيع الإنسان أيضاً أن يتعلم ويتثقف وينقل أنواع المعرفة المختلفة، وكذلك يستطيع الإنسان من خلال حاسة السمع أن يحدد أماكن الأشياء، وموضعها منه سواء من حيث قربها أو بعدها عنه أو مـن حيث وجهتهـا منه سواء كانت جهة اليمين أو اليسار أو للإمام أو الخلف، كما يستطيع الإنسان أيضاً من خلال حاسة السمع أن يميز بين الأصوات المختلفة، ويحمى نفسه من المصادر الضارة، وتعتبر حاسة السمع أهم للإنسان من حاسة البصر لأن الفرد الأعمى معزول عن عالم الأشياء، أما الفرد الأصم فإنه يعتبر معزولاً عن عالم البشر

أ- مفهوم الإعاقة السمعيـة :

تُعبر الإعاقة السمعية Hearing impairment عن مستويات متفاوتة من الضعف السمعى تتراوح بين ضعف سمعى بسيط، وضعف سمعى شديد جداً كما أنها كظاهرة لا يعانى منها الكبار فى السن فقط ولكنها متنوعة تحدث للشباب والصغار أيضاً ولذلك توصف بأنها إعاقة نمائية أى : أنها تحدث فى أى مرحلة من مراحل النمو

ولقد عرفت المعاجم الإعاقة السمعية بتعريفات متعددة، حيث عرفها صاحب المعجم التربوى بأنها "مصطلح يشير إلى فقدان القدرة على السمع مما يؤدى إلى الصمم سواء أكان ولادياً Congential أم مكتسباً Ocquired ويردون أسبابه إلى عوامل وراثية بنسبة لا تتعدى ٠.٠٠٣% وعوامل فطرية كإصابة الأم فى الشهور الأولى للحمل بأمراض مثل مرض القلب، ومرض ماء العين، وعوامل مكتسبة كإهمال الطبيب للأم أثناء الولادة، أو أن تكون الولادة متعجلة أو عسرة أو مقعدية

وما قد يترتب عليها من إصابات كنزيف بالمخ أو نقص كمية الأكسجين عند الولادة أو حوادث السيارات أو السقوط من أماكن مرتفعة أو الإصابة الشديده بمرض الحصبة أو التهاب الأذن الداخلية أو الحمى القرمزية وغيرها".

وفى معجم علم النفس والطب النفسى : "الأصم- الأبكم Deaf-mute هو الشخص الذى لا يستطيع أن يسمع أو يتكلم وعادة ما يكون قد ولد مفتقداً للقدرة على السمع، ويُعرف الصمم بأنه الغياب الجزئى أو الكلى أو الفقدان الكامل لحاسة السمع وقد تعزى هذه الحالة إلى الوراثة متسببة عن عيب جينى أو تكون مكتسبة متسببة عن إصابة أو مرض حدث للفرد فى أى مرحلة من مراحل عمره بما فيها المرحلة الجينية أو الرحمية"

وتعرف موسوعة الطب النفسي الصمم Deafness بأنه "فقدان حاسة السمع لأسباب عضوية أو نفسية، والأول يقال له الصمم العضوى organic-d ويرجع إلى مرض يصيب أياً من أجزاء الجهاز السمعى، ونقيضه الصمم النفسى المنشأ Psychogenic، تدفع إليه عوامل نفسية أو اضطرابات عقلية، والصمم الوظيفى Funcationgl سواء اضطراب فى وظيفة الجهاز السمعى يحول بين المريض أو إدراك ما يستقبل من أصوات، ومن الأول صمم الأذن الداخلية Labyrinthine-d وصمم العصب السمعى auditorg nerved والصمم المخى cerebral-d والصمم اللحائى cortical-d، ومن الثانى الصمم النفسى .psychic-d يسبب الاضطرابات النفسية التى يعانى منها المريض فيلجأ إلى الصمم يستعين به على الهرب من المواقف المتأزمة، بأن يصم أذنيه عما يكره أو لا يريد سماعه ولذا يقال له أحياناً الصمم الحسى Sensory- d لأنه يصيب الحس السمعى دون علة بجهاز السمع، والصمم الهيسترى hysterical-d من هذا النوع هو استجابة تحولية ويترافق غالباً وعُصاب الحرب وتعب المعركة

وهناك نوع آخر من الصمم النفسى يطلق عليه "الصمم العقلى Mendor sould والمصاب بالصمم العقلى هو الذى يسمع ولكنه لا يعمل بمقتضاه أو لا يهتدى به، أو لا يستجيب له، ومن ذلك قوله تعالى "أُولَئِكَ الَّذِينَ لَعَنَهُمُ اللهُ فَأَصَمَّهُمْ وَأَعْمَى أَبْصَارَهُمْ" (محمد ٢٣). وصمم الكلام Speech وهو من الصمم الوظيفى والمريض به يفهم البسيط من الأصوات دون المركبة

ومنه أيضاً الصمم الوظيفى Word-d الذى يسمع المريض به همسا يقال ولكنه لا يدرك معانى الألفاظ ومدلولاتها. والأبكم الأصم deaf-mutism هو اقتران الصمم بالبكم والمريض يصيبه الصمم منذ الطفولة فلا يعرف الكلام، والصمم الجزئى Partial- d هو الصمم الوظيفى والمصاب به يمكن أن يتعلم اللغة.

فضلاً عن التعريفات المعجمية للإعاقة السمعية فإنها قد عرفت إجرائياً بـ"أنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون إستخدام المعينات، وتشتمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع".

الطفل الأصم Deaf child هو "الطفل الذى لا يسمع، وفقد قدرته على السمع، ونتيجة لذلك لم يستطيع اكتساب اللغة بشكل طبيعى بحيث لا تصبح لديه القدرة على الكلام وفهم اللغة".

الطفل ضعيف السمع Hard of Hearing هو "الطفل الذى فقد جزءاً من قدرته على السمع بعد أن تكونت عنده مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة وحافظ على قدرته على الكلام، وقد يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعية معينة".

أما أحمد قرشم فيعرف الأصم "بأنه ذلك الطفل الذى يولد ولديه عجز فى القدرة السمعية عجزاً تاماً، بحيث يحتاج هذا الطفل لأساليب لغوية فى اكتساب معلومات مثل لغة الإشارة والهجاء الإصبعى، وقراءة الشفاة، أما الطفل ضعيف السمع فهو الذى فقد جزءاً من قدرته السمعية بحيث يمكنه الجزء المتبقى منها من التواصل اللغوى مع الآخرين واكتساب المعلومات بيد أنه يحتاج إلى بعض المعينات والأجهزة السمعية".

أما اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين فى رعاية الصم بالولايات المتحدة الأمريكية فتعرف الأصم بأنه الفرد الذى يعانى من عجز سمعى إلى درجة تحول دون اعتماده على حاسة السمع فى الكلام، سواء بإستخدام السماعات أو بدونها، حيث يصل الفقدان السمعى ٧٠ ديسبل فأكثر.

أما ضعيف السمع فهو : "الفرد الذى يعانى من درجة فقدان سمعى تجعله يواجه صعوبة فى فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السماعات أو بدونها حيث يصل الفقدان السمعى ٣٥- ٦٩ ديسبل.

يلاحظ أن مصطلح الإعاقة السمعية Hearing impairment من المصطلحات العامة التى استخدمت لتميز أى فرد يعانى من الفقدان السمعى وفى إطار هذا المصطلح العام يتم التمييز بين فئتين رئيسيتين هما الصم Deaf، وضعاف السمع Hard of Hearing على أن المحك المستخدم للتميز بين الفئتين يتوقف على نوع التوجيه المهنى الذى ينتمى إليه أحد الأخصائيين أو الآخر.

ب- تصنيف الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية وفقاً لعدة معايير :

١- العمر عند الإصابة (الوظيفى).

٢- موقع الإصابة (الطبى).

٣- الاحتياجات التربوية.

١- التصنيف حسب العمر عند الإصابة (الوظيفى) :

يعتمد هذا التصنيف على مدى تأثير الفقد السمعى على إدراك الفرد اللغة المنطوقة وفهمه لها، وبذلك فالإعاقة السمعية من هذا المنظور تعنى انحرافاً فى السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعى- اللفظى. ومن هذا المنطلق هناك نوعان من الإعاقة السمعية.

- الصمم قبل اللغوى (الخلقى) Prelingual deafness

يحدث هذا الصمم إذا ما حدثت الإعاقة السمعية مبكراً قبل تطور الكلام واللغة، وقد يكون هذا النوع ولادياً أو مكتسباً فى مرحلة عمرية مبكرة، ويعتقد أن العتبة الفارقة لهذا النمط من الصمم يحدث عند ٣ سنوات، ولذلك فإن هذا الطفل محتاج إلى أن يتعلم اللغة بصريا إما بطريقة الشفاة أو بقراءة المادة المكتوبة.

- **الصمم بعد اللغوى (المكتسب) Postlingual deafness:**

وهو ذلك النوع من الصمم الذى يحدث بعد أن تكون المهارات اللغوية قد تطورت لدى الطفل، وقد يحدث هذا الصمم فجأة أو تدريجياً على مدى فترة زمنية طويلة، ويعرف بالصمم المكتسب، ويحدث بعد الخامسة

٢- التصنيف حسب موقع الإصابة (الطبى):

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لموقع الإصابة أو الضعف فى الأذن إلى :

- **الإعاقة السمعية التوصيلية Conductine:**

وتنتج الإعاقة السمعية التوصيلية عن أى اضطراب فى الأذن الخارجية أو الوسطى (الصيوان، قناة الأذن الخارجية، غشاء الطبلة، العظيمات الثلاث) يمنع أو يحد من نقل الموجات أو الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية. بمعنى أنها تحدث نتيجة أى خلل فى الأذن الخارجية أو الوسطى مع وجود الأذن الداخلية سليمة. وبوجه عام فإن الحد الأقصى للضعف السمعى الناتج عن الإعاقة السمعية التوصيلية هو (٦٠) ديسبل لأن الأصوات السمعية التى تزيد شدتها عن (٦٠) ديسبل تؤثر على القوقعة مباشرة وتتخطى الأذن الوسطى.

- **الإعاقة السمعية الحسى عصبية Sensorineural Hearing loss:**

تحدث هذه الإعاقة نتيجة أى تلف فى القوقعة بالأذن الداخلية أو فى العصب السمعى أى تلف فى المستقبلات الحسية بالأذن الداخلية، أو فى المسارات العصبية للعصب السمعى إلى المخ أو فى المركز السمعى للمخ.

- **الإعاقة السمعية المركزية Central Hearing**

تنتج هذه الإعاقة عن أى اضطراب فى الممرات السمعية فى جزء الدماغ أو فى المراكز السمعية فى الدماغ. مع وجود أعضاء الحس السمعى وأعصابه سليمه لم تمس، ويحدث تفسير خاطئ لما يسمعه الإنسان على الرغم من أن حاسة السمع ذاتها قد تكون طبيعية فى هذا النمط، وقد تكون المعينات ذات فائدة محدودة.

- **الإعاقة السمعية المختلطة Mixed Hearing loss:**

تكون الإعاقة السمعية المختلطة إذا كان الشخص يعانى من إعاقة توصيلية وإعاقة حس عصبية وفى هذه الحالة يكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائى والتوصيل العظمى للموجات الصوتية، وقد تكون السماعات الطبية مفيدة لهؤلاء الأشخاص، ولكن بعضهم يعانى من نفس المشكلات التى يعانى منها الأشخاص الذين يعانون من ضعف سمعى حسى عصبى.

٣- التصنيف وفقاً لشدة الإصابة (الفسيولوجى):

يعتمد هذا التصنيف على درجة أو شدة الفقدان السمعى فى جانب الفرد الذى يفقد حتى ٢٤ ديسبل شخصاً عادياً.

وتصنف الإعاقة السمعية حسب درجات فقد السمع إلى فئات وذلك وفق معايير المنظمة العالمية للمعايير International standard organization. وذلك وفقاً للجدول التالى والذى يبين العلاقة بين درجة الفقدان السمعى والقدرة على سمع وفهم الكلام.

جدول رقم (١) يوضح العلاقة بين درجة الفقدان السمعي مقاسه بالديسبل والقدرة على سماع الأصوات وفهم الكلام

الفقدان السمعى مقاس DB	درجة الصعوبة	الأثر المتوقع على سماع الأصوات وفهم الكلام
٢٧- ٤٠	بسيطة جداً Slight	ربما يعانى الفرد من صعوبة فى سماع الأصوات المختلفة أو فهم الحديث العادى عن مسافات بعيدة، ومن المتوقع أن يواجه التلميذ صعوبات فى بعض المواد الدراسية.

٤١- ٥٥	بسيطـــة Mild	يستطيع المصاب سماع وفهم الكلام والمحادثة وجها لوجه عن مسافة تتراوح بين (٣-٥) أقدام، يفقد التلميذ المصاب حوالى ٥٠% مما يدور فى المناقشة الصفية إذا لم تتم بصوت مرتفع نسبياً أو لم يتسن له متابعتها بصرياً وعن قرب، وفى العادة يكون المحصول اللغوى للتلميذ ضعيفاً.
٥٦- ٧٠	متوسطـــــة Marked	يجب أن تتم المحادثة بصوت مرتفع حتى يمكن سماعها، ويواجه صعوبه فى متابعة وفهم الحديث الذى يتم بين مجموعة، يعانى التلميذ المصاب من صعوبات فى النطق والاستيعاب اللفظى، مفرداته محدود جداً.
٧١- ٩٠	شـديـــدة Severe	ربما يستطيع التلميذ المصاب سماع الأصوات المرتفعة جداً والتى لا تبعد أكثر من قدم واحد عن أذنه- يواجه صعوبات واضحة فى النطق والكلام ويصعب عليه سماع الحديث العادى.
٩٠- فما فوق	شديدة جــداً Profound	ربما يستطيع التلميذ سماع بعض الأصوات المرتفعة جداً، يحس باهتزازات الصوت لكنه لا يسمعه فى معظم الأحيان، ويعتمد التلميذ على البصر بدلاً من السمع كقناة من قنوات الاتصال مع الآخرين.

المصدر مجدى عزيز إبراهيم : مناهج تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق ص٤٤٠.

٤- التصنيف التربوى:

يقوم هذا التصنيف بوصف الاحتياجات والخدمات والتدابير المناسبة التى ينبغى أن يوفرها المختصون لمواجهة احتياجات كل فئة من فئات هذا التصنيف

وتصنف الإعاقة السمعية وفقاً لذلك التصنيف إلى فئتين أساسيتن هما :

- الأطفال الصم Deaf:

وهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع فى أغراض الحياة العادية، سواء منهم من ولدوا فاقدين السمع تماماً، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم فى فهم الكلام واللغة، أو ممن أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً مما يترتب عليه فى جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة.

- ضعاف السمع Hard of Hearing:

ويُعرف أيضاً ضعاف السمع بـ"ثقيلو السمع"، وهم الأفراد الذين يعانون من قصور أو خلل فى حاسة السمع إلى درجة تفوق الفعالية الاجتماعية للفرد، ويتم تقوية حاسة السمع بأجهزة مُعينة حسب درجة ضعف السمع وتقدم لهم الخدمات التربوية المناسبة.

ويُعرفون أيضاً بأنهم أولئك الذين يعانون من قصور فى حاسة السمع يتراوح فى درجته بين ٢٥ إلى أقل من ٧٠ ديسبل، وهو الأمر الذى يعوق قدرتهم من الناحية الوظيفية على اكتساب المعلومات اللغوية المختلفة سواء عن طريق آذانهم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية اللازمة حيث يكون لدى هؤلاء الأطفال بقايا سمع residual hearing تجعل حاسة السمع من جانبهم تؤدى وظيفتها بدرجة ما وذلك استناداً على مصدر الصوت الذى يجب أن يكون فى حدود قدرتهم السمعية.

جـ- نسبة انتشار الإعاقة السمعية :

لا توجد إحصائيات مكتملة يعتمد عليها حالياً إلا في اليسير من الدراسات المحدودة ، أو تقديرات منظمات الأمم المتحدة المعنية كتقديرات متوسطة.

يُقدر حدوث الفقدان السمعى فى حوالى ٠.٥% نصف فى المائه تقريباً من أفراد المجتمع، ويعانى حوالى ٤٠% أربعون فى المائه ممن لديهم مشاكل سمعية من فقدان سمعى بسيط Mild، ٢٠% من فقدان سمعى متوسط Moderate، ٢٠% فقدان سمعى شديد Sever، ٢٠% من فقدان سمعى حاد، ويؤثر الفقدان السمعى الحاد على طفل واحد فى كل ١٠٠٠ طفل، ويولد ٦٥% من هؤلاء الأطفال صماً، بالإضافة إلى ١٢% يصابون بالصمم خلال السنوات الثلاث الأولى من حياتهم.

ويلاحظ أن نسبة انتشار الإعاقة السمعية تعد صغيرة جداً وليس معنى هذا أن نهملهم، ولكن يجب رعايتهم والاهتمام بهم رغم التكاليف الباهظة التى تنفق عليهم لأن تربية الفئات الخاصة (المعاقين سمعياً) يعود على الفرد والمجتمع بالنفع ككل بعشرات الأضعاف فقد أثبتت الدراسات الأمريكية أن العائد من التربية الخاصة يصل إلى ٣٥ مره مما أنفق على الأطفال خلال ١٠ سنوات فقط

د- أسباب حدوث الإعاقة السمعية:

تنقسم العوامل المسببة إلى الإعاقة السمعية إلى :

١- عوامل وراثية.

٢- عوامل غير وراثية.

١- العوامل الوراثيـة :

كثيراً ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من أحد الوالدين إلى الجنين عن طريق جين وراثى محـدد، وربما ترجـع إلى تغيـرات فى التركيب الكروسومى بفقـد كروسوم أو تغييره أو فقد جزء منه، وهذه العوامل الوراثية تنتقل من جيل إلى جيل بنسبة نادرة لا تتعدى ٠.٠٠٣%.

٢- العوامل غير الوراثيـة:

تتعدد العوامل غير الوراثية والتى يمكن ذكرها فى النقاط التالية :

إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض : والتى يمكن أن تصيب الأم فى الأشهر الثلاث الأول من الحمل بأمراض معينة مثل فيروس الحصبة، والجدرى والالتهاب السحائى، الغدد النكفية

تعاطى الأم الحامل بعض العقاقير : لقد وجد أن تناول الأم بعض الأدوية والعقاقير له تأثير على الجنين فى فترة الحمل وخصوصاً الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل مثل المضادات الحيوية والأدوية التى تدخل فى المجموعة المخدرة والتى يحذر استخدامها إلا بإذن الطبيب المختص.

عوامل ولادية : وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد، ومنها الولادات العسرة أو الطويلة؛ حيث يمكن أن يتعرض فيها الجنين لنقص الأكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية والولادات المبكرة

إصابة الأذن الداخلية للطفل ببعض الأمراض الفيروسية مثل الإلتهاب السحائى والحصبة والتهاب الغدة النكفية أو الإصابة بالبكتريا السحية والعضوية وأحياناً تصاب الأذن الوسطى بمثل الإلتهاب السحائى المخى الذى يؤدى إلى انسداد قناة استكاكيوس، أو ورم الأذن الوسطى وهو تواجد أنسجة فى القناة السمعية، وأحياناً فى نزلات البرد تمتلئ الأذن الوسطى بالسوائل وتضغط على طبلة الأذن فتقلل من قدرة طبلة الأذن على استقبال الذبذبات فى الطفولة وقد تصل إلى فقدان سمعى حاد

هـ- الوقاية من الإعاقة السمعية:

يمكن التقليل من حدوث الإعاقة السمعية وذلك عن طريق الوقاية من حدوث الإصابة عن طريق ما يلى:

إرشاد الأمهات إلى خطورة تعاطى العقاقير أثناء الحمل.

الفحص السابق للولادة لاستبعاد عدم تجانس عامل دسيس.

التطعيم ضد الأمراض الفيروسية.

تخفيف مدة التعرض للضجة العالية.

تثقيف الجمهور.

التوعية بأخطار التدخين والكحوليات والمخدرات على صحة الجنين.

الاهتمام بالوقاية من الحوادث وخاصة حوادث المرور، وحوادث العمل، والحوادث المنزلية.

و- أساليب تشخيص الإعاقة السمعية :

تعتبر فئة الصم وضعاف السمع من أصعب الفئات من حيث تشخيصها وإستخدام وسائل القياس معها، لذا فإن عملية التشخيص لفاقدى السمع تواجهها العديد من الصعوبات منها ما يلى :

صعوبة تحديد القدرة السمعية وخاصة لدى الأطفال وبالتالى صعوبة إعداد المخطط السمعى والذى يمثل توزيعاً لشدة الصوت ممثلاً بوحدات الديسيبل (DB)، والذبذبات ممثلة بوحدات هيرتز (HZ).

صعوبة فهم كلمات الاختبار وخاصة من قبل الأميين والأطفال أثناء التطبيق.

ويمكن قياس وتشخيص القدرة السمعية وفق عدد من الطرق والأساليب حيث تقسم تلك الطرق والأساليب إلى مجموعتين وذلك حسب السن.

المجموعة الأولى : قياس السمع للأطفال دون الخامسة : يتم ذلك بمعرفة مدى استجابة الطفل للأصوات حسب شدتها وذبذبتها، حيث يستخدم جهاز لقياس شدة الصوت أديوميتر Aduio-meter، الذى يصدر أصواتاً مختلفة الشدة لقياس مدى استجابة الطفل المستغرق فى لعبة أو نشاط خلف الطفل؛ فإذا لم ينتبه الطفل لهذه الأصوات يتم تقريب الجهاز شيئاً فشيئاً من الطفل حتى يلتفت نحو مصدر الصوت وتقاس بهذا قدرة الطفل على السمع ومدى قصوره السمعى.

المجموعة الثانية : قياس السمع للأطفال بعد سن الخامسة : تتعدد طرق قياس السمع للأطفال بعد سن الخامسة منها :

١- الملاحظة Observation:

هى إحدى طرق البحث العلمى فى جمع البيانات، وبصرف النظر عن أنها قد تؤدى بالضرورة فى جميع الأحوال إلى بيانات كمية دقيقة يمكن الاعتماد عليها بشكل نهائى فى تحديد نوعية الإعاقة السمعية ودرجتها، إلا أن الملاحظة المنظمة لها قيمتها المؤكدة لمساعدة الآباء والأمهات فى الوقوف على بعض الأعراض والمؤشرات التى يحتمل معها وبشكل مبدئى وجود مشكلة سمعية يعانيها الطفل وتستدعى إحالته إلى متخصص. ومن هذه الأعراض التى يمكن ملاحظتها ما هو خاص بشكل الأذن، وسلوك الطفل ومستواه التحصيلى وهى كما يلى:

وجود تشوهات خلقية فى الأذن الخارجية.

شكوى الطفل المتكررة من وجود آلام وطنين فى أذنيه.

نزول إفرزات صديدية من الأذن.

عدم استجابة الطفل للصوت العادى أو حتى الضوضاء الشديدة.

عدم تجاوب الطفل للأصوات والمحادثات الجارية من حوله وضعف تواصله مع الآخرين.

عدم مقدرة الطفل على التمييز بين الأصوات، وقد يطلب إعادة ما يقال له من كلام، أو ما يلقى عليه من تعليمات باستمرار.

إدارة أذنه نحو مصدر الصوت أو رفع صوته أو صوت الأجهزة أكثر من المعتاد.

السرحان وفتور الهمة والتكاسل المستمر من جانبه.

معاناته من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام.

تأخره دراسياً رغم قدرته العقلية العادية.

٢- اختبار الهمس Wish peering test:

ويتضمن هذا الاختبار أن ينطق المختبر مجموعة من الأعداد همساً وفى غير ترتيب، ويحسن أن يقف المختبر خلف الطفل أو على أحد الجانبين، وذلك لتلافى ترجمة الأصوات المهموس بها عن طريق قراءة الشفاة، ويجب أن يكون الهمس متجهاً نحو كل أذن على حده، ثم يطلب من الطفل إعادة نطق هذه الأعداد.

٣- اختبار الساعة الدقاقة Watch tick test:

حيث يطلب إلى المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التى يسمع الصوت عندها الفرد العادى صوت الساعة، فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها، وتحسب المسافة من الوضع الأخير مقارنة بالوضع العادى.

٤- اختبار الصوت الطبيعى للإنسان The spoken voice test :

وفيها يستخدم الصوت الطبيعى للإنسان، ولذلك يطلق على هذا الاختبار the spoken voice test ويجرى هذا الاختبار على الوجه الآتى:

تسد إحدى الأذنين بقطعة من المطاط أو القطن، وذلك أن فحص السمع بهذه الطريقة يتم باختبار كل أذن على حده، ويجلس الطفل، ويجلس بجانبه شخص آخر فى جهة من الحجرة بحيث تكون إحدى أذنيه ناحية المختبر الذى يقف على خط مقسم ابتداء من قدم واحدة إلى ٢٠ قدم بعيداً عن المختبر، ثم يوجه المختبر إلى الطفل بعض الأسئلة العادية التى تتناسب مع ميوله وعمره وعند سماع الطفل السؤال الموجه إليه، ويهمس فى أذن الشخص الذى يجاوره بالإجابة، وفى حالة عدم سماعه السؤال، يتقدم المختبر قليلاً إلى الأمام ويعيد توجيه السؤال إليه، فإذا تعذر عليه سماع السؤال فى هذا الوضع الجديد، يتقدم المختبر مرة ثانية خطوة ثانية ويعيد عليه السؤال. وهكذا،وتحسب النتيجة على الشكل التالى :

$$\frac{\text{المسافة التى يتم عندها السمع}}{\text{المسافة الكلية}}$$

مثال : لنفرض أن القدرة السمعية لدى الطفل المختبر انتهت عند ٨ أقدام معنى ذلك أن قدرته السمعية ٢٠/٨، وهى تعنى أنه يسمع على بعد (٨) أقدام ما ينبغى أن يسمعه على بعد (٢٠) عشرين قدماً وتجدر الإشارة إلى أن الأطفال يختلفون من حيث قدرتهم السمعية فمنهم من يسمع الأصوات العادية على مسافة ٢٠ قدماً ومنهم من يسمعها على بعد قدمين، ومعنى ذلك أن هناك درجات مختلفة (متفاوتة) فى حدة السمع، أو بعبارة أخرى أن الضعف السمعى يكون على فئات.

ومن أوجه الانتقاد التى توجه إلى الطريقة الحالية لاختبار حاسة السمع عند الأطفال- أى طريق الصوت الطبيعى للإنسان- أنها غير مضبوطة، لأنه يتعذر على المختبر الذى يوجه الأسئلة إلى الأطفال أن يكون صورته على منوال واحد من حيث حدة الصوت.

٥- جهاز قياس السمع الكهربائى :

تقاس حدة السمع باستخدام جهاز قياس السمع الكهربائى الأوديوميتر Audiometer الذى يبعث أصواتا مختلفة من حيث التردد frequency، وكثافة الصوت أو شدته Intensity، وينتقل الصوت إلى المفحوص عبر سمَّاعة خاصة ليحدد النقطة التى يبدأ عندها فى سماع الصوت لنوع معين من التردد، وتسمى هذه النقطة بعتبة السمع Hearing threshold، ويقاس كل تردد بشكل منفصل

- **الأديوميتر** Audiometer (6-A):

الأديوميتر جهاز فردى يستخدم لقياس وتحديد القدرة السمعية لدى الأطفا،ل ونستطيع أن نحصل بواسطة هذا الجهاز على رسم بيانى لكل أذن على حده ثم نقارنه بالمستوى المتفق عليه للفرد العادى، والجهاز مصمم بحيث يتصل بجلفانومتر فيه يحدث طرقه (فرقعة) Chick تنتقل إلى الأذن عـن طـريق مستقبل تليفونى، إما إلى الأذنين معا وإما إلى أذن واحدة، وذلك حسب إرادتنا، ويسجل مقياس خاص بالجهاز مقدار حدة الاستجابة السمعية، وطريقة استخدام هذا الجهاز تكون على الشكل التالى:

نضبط القرص الخاص بالذبذبات (الترددات Frequency) على نقطة معينة، ولتكن نقطة البداية ١٠٢٤ ذبذبة فى الثانية، ثم نحرك المفتاح الخاص بوحدات الصوت (الديسيبل Decibles) وهو موجود فى الجهة المقابلة للقرص الدال على الترددات (الذبذبات) من أسفل إلى أعلى (علماً بأن وحدات الصوت تقسم من ١٠- ١٠٠)، وعند سماع الصوت الحادث نطلب منه أن يرفع يده للدلالة على أنه يسمع، ويحسن أن نجرى التجربة أكثر من مرة للدقة، قبل تسجيل درجة النقص فى القدرة السمعية على البطاقة الخاصة بذلك ثم تعاد التجربة على الذبذبات الأخرى التالية ٢٠٤٨، ٤٠٩٦، ٨١٩٢، وهى كلها ذبذبات من النوع المعروف باسم الأصوات ذات الذبذبات العالية High-pitched sounds، وبعد ذلك تقاس الأصوات ذات الذبذبات المنخفضة Low-pitched مرموزاً لها بالأرقام ٥١٢، ٢٥٦، ١٢٨. ومعروف أن درجة الصوت تتوقف على عدد الاهتزازات فى الثانية، فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حده، وبذلك تختلف درجته.

- **الأديوميتر** audiometer (4-A):

ويطلق عليها أحياناً Speech Audiometer، حيث ابتكرت شركة (ويسترن اليكتريك) جهازاً يستخدم الكلام كمثير سمعى، وهذا الجهاز مدرج على أساس وحدات الإحساس Sensation unite وباستخدام سماعات الأذن يمكن استخدامه فى الاختبارات الجمعيه، إذ يمكن إختبار عدد من الأطفال فى وقت واحد بواسطته.

والجهاز يتألف من جاك عليه أسطوانة مسجلة تردد مجموعة من الأصوات على درجات مختلفة من الارتفاع والانخفاض، وهذه الأصوات تتألف من أرقام غير متوالية، ويصل بالجاك جهاز إرسال تليفونى يوضع على أذن المفحوص، ويطلب من المفحوص أن يكتب الأرقام التى يسمعها ثم نقارن ما يكتبه بالتسجيل الصوتى، وعلى هذا النحو يمكن معرفة القدرة السمعية للمفحوص بشكل تقريبى.

كما اتبعت فى السنوات الأخيرة طريقة الاختبار الجمعى للسمع باستخدام الأديوميتر Audiometer فى الفصول الدراسية إذ يمكن باستخدام هذه الطريقة اختبار فصل من التلاميذ فى المرة الواحدة كما يمكن اختبار أطفال الصفوف الأولى بالمدارس الابتدائية بنجاح إذا قسموا إلى مجموعات صغيرة وتجهيز كل تلميذ بسماعتين وبقلم ورقة، وينقل الأديوميتر صوت الإنسان بالتدريج وفق درجات متناقصة فى العلو، وتذكر الأعداد فى البداية من الأديوميتر إلى الأذن اليمنى ويسجل كل تلميذ ما يسمعه، وبالتسجيل أولاً لصوت امرأة ثم صوت رجل حتى يمكن أن يوجد أربعة اختبارات، وبتصحيح الأوراق يصبح من الممكن تحديد النقطة التى لا يكون السمع بعدها مرضياً، والاعداد مختصرة حتى لا يكون الإخفاق راجعاً إلى عدم القدرة عقلياً، وقد لا يجيب عدد قليل من التلاميذ إجابة طيبة، وذلك لجدة الموقف عليهم أو لاضطرابهم، عندما يفشل تلميذ فإنه يعاد اختباره بعد أيام قليلة، فإذا لم ينجح بعد ذلك فإنه يحول إلى فحص سمعه بطريقة فردية مع غيره من التلاميذ الذين كان أداؤهم ردئياً، ويمكن لكثير من المدراس أن تقوم بذلك إذا توفر لها أساليب الفحص السليمة.

ز- خصائص المعاقين سمعياً:

يتميز المعاقون سمعياً بعدد من الخصائص، تميزهم عن غيرهم من العاديين، ويمكن عرضها كالتالى :

١- الخصائص اللغوية للمعاقين سمعياً

إن النمو اللغوى لدى المعاقين سمعياً هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية حيث يبدو التأخر فيه واضحاً إلى جانب الافتقاد إلى اللغة اللفظية.

وقد أشار "هولمان وزملاؤه" إلى وجود ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوى، وهذه الآثار هى:

عدم وصول رد فعل من الآخرين للطفل الأصم عندما يصدر أى صوت من الأصوات.

ليس لدى الأصم إمكانية لسماع النماذج الكلامية من قبل الكبار لكى يقلد ويكرر.

أن الصُم يعانون من عجز فى مهارات الاستقبال والتعبير اللغوى؛ كما أن نموهم اللغوى متأخر عن أقرانهم العاديين، ويتصفون بالقدرة المنخفضة على القراءة والحصيلة اللغوية المحدودة.

أضف إلى ذلك ما يلـى:

يبدون تفاوت كبيرا بين ما يتلقونه من مفردات وما يستخدمونه في التعبير عن أنفسهم، وهو ما يعني أنهم يفهمون مفردات تزيد كثيراً عما يستخدمونه منها.

يجدون صعوبة في تفسير مختلف الإشارات غير اللفظية كلغة الجسم، وتعبيرات الوجه على سبيل المثال.

يجدون صعوبة في الاستمرار في موضوع معين، وعلى ذلك ينتقلون من موضوع إلى آخر بشكل غير ملائم.

يتسمون بأسلوب في الحديث متمركز حول الذات، وبالتالي يكونوا غير قادرين على إدراك حاجات من يتحدث إليهم.

يستخدم تراكيب لغوية غير مناسبة.

يبدو كلامهم بطيئا ونبرته غير عادية.

مفرداتهم اللغوية محدودة بدرجة كبيرة.

يجدون صعوبة فى التعبير عن مختلف الأفكار، ولذا تكون استجاباتهم اللفظية فى الغالب غير ملائمة.

يخلطون بين كثير من القواعد اللغوية حتى البسيط منها كاستخدام الضمائر أو أسماء الإشارة أو أدوات الاستفهام وحروف الجر على سبيل المثال.

يجدون صعوبة فى نطق الكلمات التى يزيد عدد مقاطع كل منها عن اثنين.

يجدون صعوبة فى تحديد درجة ارتفاع الصوت ونغمته.

يعانون من صعوبات جمة فى النطق ويحذفون نهايات الكلام.

٢- الخصائص المعرفية :

لقد كشفت الدراسات التي أجريت على القدرات العقلية عند الأطفال المصابين بالصمم عن أنهم لا يختلفون اختلافاً جوهرياً عن الأطفال الذين يسمعون ، حيث إنهم قادرون على الانخراط في السلوك المعرفي ، ولكن ينبغي تعريضهم لخبرات لغوية أكبر

ومن ثم فإن الأطفال المعاقون سمعياً يتميزون بعدد من الخصائص المعرفية:

لا تختلف استجابات الأطفال الصم عن الأطفال العاديين فى الاستجابة لاختبارات الذكاء.

الأصم لديه القابلية للتعلم والتفكير التجريدى مالم يكن لديهم تلف دماغى مرافق للإعاقـة.

إن هؤلاء الأطفال يتعلمون بشكل أفضل عندما يكون الموقف التعليمى مشبعاً ليس بالأصوات فقط، ولكن بالحركة، والألوان والروائح، والأنماط المختلفة.

مفاهيم الأصم لا تختلف عن مفاهيم العاديين باستثناء المفاهيم اللغوية.

يعتبر بعض هؤلاء الأفراد فى عداد الموهوبين.

٣- الخصائص الجسمية والحركية:

لم يحظ النمو الجسمى الحركى لدى الأطفال المعوقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين فى ميدان الطفولة أو التربية الخاصة، وإن عرض بعض الباحثين إلى وجود فروق بين النمو الجسمى والحركى للأطفال المعاقين سمعياً والعاديين يمكن عرضها فى النقاط التالية:

الجهاز التنفسى : الأصم لديه قدرة أقل على التحكم فى تدفق النفس، والصوت؛ وبالتالى فإن الجهاز التنفسى أقل مرونة واستجابة من العادى.

الجهاز الحركى : الأصم يفضل إستخدام اليد اليسرى والعين اليسرى بشكل له دلالته الإحصائيـة.

النطق والكلام : حاسة السمع لدى الأصم معطلة تماماً؛ مما يترتب عليه تعطل جهاز النطق والكلام لعدم استخدامه.

الحس الإيقاعى : الأصم له عاداته الحسية الخاصة؛ حيث إن الشخص تنمو لديه حاسة الإيقاع، وتتحسن لديه كثيراً مقارنة بالشخص الأصم، ويعزى ذلك إلى أن المعاق لا يستطيع سماع النماذج الإيقاعية فى البيئة من حوله.

إن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة.

النمو الحركى لهؤلاء الأشخاص متأخر مقارنة بالنمو الحركى للأشخاص العاديين.

إن الأشخاص المعاقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص العاديين. وذلك لأنهم يقضون معظم وقتهم فى التواصل.

كما أنهم يتميزون بالخصائص الحركية التالية:

يعانون من إصابات الأذن المتكررة .

قد يستخدمون سماعات للأذن .

دائمو الحركة في أرجاء الفصل حتى يقتربوا من مصدر الصوت .

يبدون عدم التوازن الجسمي في بعض الأنشطة

٤- الخصائص الاجتماعية للأطفال المعاقين سمعياً :

إن الشخص المعاق سمعياً في محاولته للتكيف مع العالم الذي يعيش فيه قد يتخذ تكيفه إحدى الصور الآتية : إما أن يقبل أن يعيش كفرد معوق ، أو ينعزل عن أفراد المجتمع متجنباً أي تفاعل شخصي واجتماعي مع الآخرين، فإذا ما اختار أن يعيش منعزلاً فسوف يعيش طوال حياته في فراغ صامت لا يشعر فيه بمتعة الحياة ، وأما إذا ما قبل أن يعيش كفرد معوق فإنه يعاني العديد المشكلات التكيفية حيث النقص فى قدراته اللغوية، وصعوبة التعبير عن نفسه، وصعوبة فهمه للآخرين؛ ولذلك فهو يعانى من اضطرابات فى النضج الاجتماعى، وكذلك الانفعالى.

ومن ثم فهم يتميزون بمجموعة من الصفات أهمها ما يلى:

إن الطفل الأصم غير ناضج اجتماعياً بدرجة كافية حيث ينسحب من المجتمع بسبب عاهته الحسية.

أثبت اختبار روجرز للشخصية ومقياس براون للشخصية أن التكييف الاجتماعى لدى الأطفال الصم غير واضح.

لهم مشكلات خاصة بالسلوك مثل العدوان والسرقة والرغبة في التنكيل والكيد للآخرين وإلحاق الأذى بهم .

الأطفال الصم يظهرون عجزاً واضحاً فى قدرتهم على تحمل المسئولية.

أن الخوف من المستقبل هو أكثر المخاوف ظهوراً لدى الأطفال الصم.

أثبتت دراسات برادوى Bredway أن النضج الاجتماعى للطفل الأصم يقل عن الطفل العادى بنسبة ٢٠% وأن ذكاءه يقل ٥% نقطة عن العادى.

استخدمت عدة دراسات مقاييس مختلفة للنضج مثل مقياس فانيلاند Vineland social matuity، وتبين أن أداء الأشخاص المعاقين سمعياً منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العاديين.

يواجهون صعوبة فى التحاور مع الآخرين فى تلك المواقف التى تتطلب اتخاذ قرارات معينة أو حل المشكلات.

قد يلجأون إلى السلوك العدوانى جراء ما يصادفونه من إحباط.

غالباً ما يسيئون فهم أقرانهم.

قد يلجأون إلى التلامس الجسدى للفت الانتباه إليهم.

٥- الخصائص السيكولوجية للأطفال المعاقين سمعياً :

يقصد بالخصائص السيكولوجية : الأبعاد المختلفة للسلوك والحياة العقلية. ويجدر الإشارة إلى أن الخصائص السلوكية للمعاقين سمعياً ليست بالضرورة خصائص يتميز بها فرد يعانى من إعاقة سمعية، بمعنى أنها ليست خصائص يجب أن تتوفر فى كل فرد معوق سمعياً، إنما هى مجموعة من الخصائص والصفات التى تتوفر لدى فئة المعوقين سمعياً وهى تختلف من فرد معاق سمعياً إلى آخر، وذلك حسب درجة صعوبته السمعية، والسن الذى حدثت فيه الصعوبة وطبيعة الخدمات الأسرية والتربوية.

وقد بينت نتائج الدراسات فى هذا المجال أن الأطفال المعاقين سمعياً يتميزون بعدد من الخصائص السيكولوجية والتى من بينها ما يلى :

التنافس.

سهولة التأثر بالآخرين.

الخجل.

حب التملك.

محدود الاهتمامات.

مزاجى.

يتعصب لفئة المعاقين سمعياً.

قدرته على التعليل محدودة.

عنيد.

يحدث أصواتاً فى نهاية الكلام عند التحدث.

ينحنى فى اتجاه المتحدث أو يوجه أذنه نحوه.

ى- أساليب التواصل مع المعاقين سمعياً :

نستطيع القول بأن الإعاقة السمعية هى إعاقة تواصيلية وأن امتلاك نظام التواصل هو بمثابة سلوك محورى أو مركزى يؤثر على مظاهر النمو المختلفة للطفل الأصم، فالنجاح فى إقامة نظام تواصل مشترك مع الطفل الأصم فى الأسرة وخارجها يسهل من نموه، والفشل فى إقامة التلميذ الأصم فى تحقيق التواصل يؤدى إلى إعاقة تطور ونمو الطفل بشكل طبيعى ونجاح التلميذ الأصم فى تحقيق الاتصال الفعال مع مجتمعه يعد هدفاً من أهداف تربيته، وتوجد عدة طرق للتواصل مع المعاقين سمعياً يمكن عرضها على النحو التالى :

١- الطريقة اليدوية Manual method:

هى طريقة لتعليم التلاميذ الصم تجمع بين استخدام لغة الإشارة وهجاء الأصابع فى عملية الإتصال وتعد هذه الطريقة فعاله فى عملية الاتصال مع الصم وتنمية القدرات الإدراكية، وتتم عن طريق :

* لغة الإشـارة :

تنبثق لغة الإشارة فى مجتمعات الصم من ميل فطرى لدى الطفل الأصم للتواصل مع الآخرين، وتنقسم الإشارات إلى :

- إشارات وصفية : وهى إشارات يدوية تلقائية، تصف شيئاً معيناً، أو فكرة معينة، وتساعد على توضيح صفات الشئ. مثل فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة، أو ضيق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الشئ القليل، وهذه الإشارات يستخدمها الصم والأسوياء لتوضيح المقصود بالكلام.

- إشارات غير وصفية : وهى إشارات خاصة لها دلالتها الخاصة وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بينهم، مثل الإشارة لأعلى للدلالة على شئ حسن، وإلى أسفل للدلالة على شئ ردئ، وهذا النوع من الإشارات قاصر استعماله بين الصم ولا يستعمله الأسوياء.

** هجاء الأصابع Finger spelling:

فى هذا النوع من التواصل تستخدم الأصابع لتمثل الحروف الهجائية، وهذه الحروف تستخدم للتعبير عن كلمات وجمل وعبارات، ويتوقف تعلم وإتقان هجاء الأصابع على كثرة الممارسة، وترتبط المهارة فى أداء حركة الأصابع بمدى مرونة وسرعة التلميذ الأصم فى تحريك أصابعه وسرعته فى معرفة وتخيل الحروف الهجائية التى تتكون منها الكلمة المراد تكوينها.

٢- طريقة قراءة الشفـاه :

يعرف إدوارد تيتسى قراءة الشفاه : "بأنها فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمه"، وتعتمد هذه الطريقة على الربط بين الحركة التى تصعد على الشفاه وترجمتها إلى حروف اعتماداً على الإدراك البصرى وملاحظة حركة اللسان والشفاه والإدراك الحسى، بتحسس الاهتزازات فى بعض أعضاء النطق، كما أنها تصلح مع اللذين فقدوا حاسة السمع تماماً، نتيجة لإصابة مرضية، وذلك بعد أن قضوا فترة من حياتهم الأولى أسوياء سمعياً خلال المرحلة الإبتدائية حيث إنهم كانوا قد اكتسبوا القدرة على إدراك معانى الألفاظ، وكذا القدرة على الكلام رغم ما أصابهم من صمم كامل.

وهناك خطوات يمكن للمعلم اتباعها فى التدريب على قراءة الشفاة:

يجب أن تكون تعبيرات وحركات الشفاه واضحة جدا وأن يسقط الضوء على وجه المعلم حتى تكون حركات الوجه والشفتين واضحة ويمكن للطفل ملاحظتها بسهولة.

يجب أن تُنطق الكلمة أثناء تطلع الطفل إلى الوجه، فإذا قال له (قف) كان ذلك عندما يتطلع إلى وجهه.

يجب أن تتكلم العينان كما تتكلم الشفاه فمثلاً : إذا قال للطفل (تعال) تكون العينان فيهما الدعوة أثناء مد اليدين مع الضغط على كلمة (تعال)، وبتكرار المواقف التى تقال فيها (تعال) نجد أنه يدرك معنى كلمة (تعال) عندما تنطق بها الشفتان.

يبدأ بالكلمات السهله والتى يمكن نطقها ورؤيتها بسهولة ولها ارتباط بالواقع، ولكن عندما يبدأ بفهم المواقف عن طريق قراءة الشفاه لا يهتم بطول الكلمات مادامت تدخل فى دائرة تجارب الطفل.

هناك مراحل لقراءة الشفاه يجب مراعاتها هى :

قراءة الشفاه المتصلة بالأوامر، وهذه أسهل المراحل لمعرفة وتذكر الكلمات، والجمل لأنها تتصل بحياة الطفل اليومية.

قراءة الشفاه مع استعمال ألفاظ مألوفة ولكن فى مواقف جديدة، أى من المعلوم إلى المجهول مثل قولنا فين بابا ويكون الوالد فى هذا الوقت غير موجود؛ فهو يتذكر شكل كلمة: بابا على فم المتكلم.

قراءة الألفاظ الجديدة بواسطة قراءة الشفاه: ووصول الطفل إلى هذه المرحلة دليل على تقدمه فى الكلام، وتدل على رغبة الطفل فى زيادة معلوماته عما يحيط به من أشخاص وأشياء.

هذا ويمكن التدريب على قراءة الشفاه بإحدى الطرق الآتية :

التدريب الفـردى.

التدريب على مهام الحياة اليومية.

التدريب الجمعـى.

٣- طريقة التواصل الكلى Total communication method:

وتعتمد هذه الطريقة على توظيف كافة أساليب التواصل اللفظية واليدوية المتاحه، بجانب المزج بين البقايا السمعية- إن وجدت – وقراءة الشفاه ولغة الإشارة وأبجدية الأصابع بما يتلاءم وطبيعة كل حالة وظروفها، وقد أظهرت الدراسات أن أقل درجات الاتصال قد حصل عليها التلاميذ الصم الذين استخدموا الطريقة الشفهية، وأن أعلى الدرجات قد حصل عليها التلاميذ الصم الذين التحقوا بالفصول التى تستخدم طريقة الاتصال الكلى.

الفصل السادس: زارعي القوقعة الالكترونية

تعريف الزرع القوقعي:

يُعرف الزرع القوقعي علي أنه تقنية تجمع بين الجراحة والتجهيز تعمل علي تحويل الإشارات السمعية الي إشارات كهربائية، والقوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة، إذ تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة، والقطب الكهربائي يكون ملحقا ومتصلة مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي، والإشارات الصوتية تستقبل بواسطة الدورة المزروعة، وعندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارات فإنه يزود القوقعة بإشارات كهربائية.

ويجب التوضيح أن تقنية الزرع القوقعي لن تعيد السمع الطبيعي ولكنها تحسن من مقدرة الشخص علي سماع الأصوات المحيطة به، وسماع الإيقاعات وأنماط النطق، كما تحسن وتسهل من عملية قراءة الشفاه.

ونخلص في الأخيرة الي أن الزرع القوقعي هو عبارة عن زرع حاسوب صغير يقوم بوظيفة تحويل الاهتزازات الصوتية الي إشارات كهربائية، وبالتالي فيقوم الجهاز بالتقاط الاهتزازات الصوتية من الوسط الخارجي حتي يرسلها الي الحاسوب الذي يقوم بتحليلها وتضخيمها، ثم ترسل الإشارات الي القطعة الداخلية المزروعة التي تقوم بإيصال الرسالة الكهربائية السمعية.

مكونات جهاز الزرع القوقعي:

يتكون جهاز الزرع القوقعي من جزئين أساسين، جزء داخلي وجزء خارجي متحرك هذا الأخير يتكون من ميكرفون ، أسلاك وعلبة صغيرة تقوم بمعالجة الإشارات وهوائي، أما الجزء الداخلي فيتم تقبيته أثناء العملية الجراحية ويتكون هذا الجزء الغير مرئي من جهاز استقبال داخلي موجود في العظم الصدغي وقطب كهربائي بائي ملفوف داخل القوقعة .(أحمد نبوي عبده، ص ١١-١٣).

٢.١: الجزء الخارجي من لجهاز:

هذا الجهاز يحلل ويرمز الرسالة الصوتية الي إشارات كهربائية التي تحول الي الجزء الداخلي ويتكون من :

الميكرفون: ويستقبل الأصوات وهو يشبه علي العموم المعين السمعي التقليدي ويوضع علي التفاف الأذن من الجهة المزروعة.

المعالج الصوتي: يزن حوالي ١٠٠جرام، وظيفته تشفير وتحويل الأصوات الي نبضات كهربائية ويحتوي كذلك علي بطاريات قابلة للشحن وهي مسؤولة علي توفير الطاقة اللازمة لتشغيل النظام ويمكن ان يحمل بطرق متنوعة.

الأسلاك تستعمل لنقل الأصوات قبل وبعد المعالجة ويمكن ان تكون ذات أطوال مختلفة حسب البنية الجسمية للفرد والمكان الذي يختار ان يوضع فيها المعالج الصوتي.

الهوائي هو عبارة عن قرص يحتوي علي مغناطيس في لجزء المركزي منه لكي يسمح بالتوصيل عبر الجلد والعظم ، يثبت هذا الهوائي الخارجي مغناطيسيا علي الجمجمة وحجمه وطريقة تثبيته فتختلف باختلاف نوع الجهاز المستعمل.

٢.٢ : الجزء الداخلي من الجهاز: ويتكون من:

- المنبه- المستقبل: وهو عبارة عن كبسولة الكترونية بسمك يتراوح بين٠ ٤ الي ٨ ملم) وتضم مغناطيسا يسمح بالاتصال مع الهوائي الخارجي وهي مسدودة بواسطة سيراميك ومحمية بمادة لزجة بيضاء لسد الثغرات ، أما دورها فيثنمل في ضمان الاتصال بالهوائي الخارجي وإرسال الأصوات المشفرة الي الأقطاب الموجودة داخل القوقعة.

الحزمة الالكترونية: تتكون من مجموعة ممن الالكترودات يختلف عددها باختلاف نوع الجهاز المستعمل، توضع جراحيا داخل القوقعة، وظيفتها نقل الرسالة الي الألياف العصب السمعي الموجود في الأذن الداخلية والتي تنتقل فيما بعد الي مراكز القشرة الدماغية عبر العصب السمعي.

أنواع أجهزة الزرع القوقعي:

لقد ظهرت العديد من أجهزة الزرع القوقعي وهي تقسم بشكل عام الي:

أجهزة داخل القوقعة: حيث يتم إدخال الالكترونات الي داخل القوقعة عبر النافذة المدورة وهي الأكثر فعالية.

أجهزة خارج القوقعة: تطبق الالكترودات علي سطح العظم المسمي(الخرشوم) دون تدخل الي داخل القوقعة اما فعاليتها فهي محدودة ومنتقضة مع الزمن وأسعارها أقل بكثير من السابقة.

أجهزة وحيدة القناة: وهي تحتوي علي مسري كهربائي واحد كما أنها قليلة الفعالية.

أجهزة متعددة الاقنية: وهي الأكثر فعالية مقارنة ببقية الأجهزة الاخري وتحتوي علي عدد متفاوت من الالكترودات يختلف باختلاف الشركة المصنعة للجهاز، ومن أهمها:

١.٣: جهاز الزرع الأسترالي:

- يسمي غالبا Nucleus حسب الاسم القديم له ، وهو الأول استعمالا منذ سنة ١٩٨٦، والذي عرف مبيعات كبيرة.

يحتوي هذا الجهاز علي ١٢ الكترود مع ١٢ حزمة اهتزازية ويبقي دائما تقنية تجمع بين الجراحة والتجهيز السمعي.

٢.٣ : جهاز الزرع الفرنسي:

وهو جهاز عددي والكثر حداثة، وهو جهاز ذو الكترود واحد كونه يعطينا مجموعة كبيرة من المعلومات بناءا علي حثه للعصب السمعي وكذا إدراك الإيقاعات والأصوات المحيطة بالفرد الذي يحمله.

٣.٣: جهاز الزرع الامريكي:

إختراع هذا الجهاز من طرف العالمين Richard& sybion ويعرف أيضا علي أنه جهاز عددي وهو جد قريب من الجهاز الفرنسي الذي سبق وان ذكرناه من حيث المكونات التي يحتوي عليها لكنه معروض بنسبة قليلة بفرنسا بالإضافة الي أنه يحتوي الي ١٥ الكترود يعطي معلومات من خلالها.

٤.٣: جهاز الزرع الهولندي:

- يعتبر أول أجهزة الزرع القوقعي المتعدد الالكترونات، إذ أستعمل لأول مرة بنسبة ١٩٩٤ ولوحظ من خلال استعماله انه يتمتع بسرعة تفوق ألف وخمس مائة نبضة في الثانية لكل قناة، كما أنه هناك أيضا أجهزة اخري يمكن أن نذكر منها: جهاز نمساوي وجهاز بلجيكي.

٤- كيفية عمل وتركيب الجهاز:

- تلتقط الرسائل الصوتية عن طريق ملتقط الصوت حيث يكون هذا الخير موضوع خلف صيوان الأذن الخارجية.

- تتم معالجة هذه الرسائل بواسطة العلبة المعالجة التي تعمل كذلك علي اختيار، ترميز وتحويل الأصوات الي ذبذبات كهربائية.

- تمر الذبذبات عبر الأسلاك والهوائي للجزء العظمي، وهنا تحول نحو الالكترونات المتواجدة في القوقعة.

- وفي الأخير ترسل الرسالة للنهايات العصبية السمعية التي بدورها توصلها الي المنطقة السمعية عن طريق العصب السمعي.

- أما كيفية تركيب الجهاز فإنه يوضع حامل الالكترونات داخل القوقعة ومستقبل الأصوات الداخلي في العظم يتطلب عملية جراحية وهذه الأخيرة تتم بتخدير كلي وتصل المدة الخاصة بالعملية الي حدود الساعتين.

- تكون العملية تشريحية، حيث أن الجراح يقوم بفتح التجويف العظمي وعن طريق الطبلة يصل الي النافذة الدائرية ويمرر الالكترونات نحو القوقعة وبالتالي يكون تثبيت مستقبل الأصوات داخل المنطقة العظمية الصدغية.

- بعد العملية الجراحية، يجب مراقبة المريض وتغيير الضماد لتفادي التعفنات بالإضافة الي نزع الشعر خاصة المحيط بالجانب المزروع في المنطقة الصدغية، كما أن البقاء في المستشفي يرتبط بمدي الخطورة أو الصعوبات.

٥- شرط إجراء عملية الزرع القوقعي:

تعتبر عملية اختيار المرشحين المناسبين لزراعة القوقعة من العمليات الحيوية اللازمة لنجاح استخدام مثل هذه الأجهزة بين الأفراد المصابين حيث أنه من المتوقع أن يلتحق الأطفال الذين يتلقون عملية الزرع القوقع الي المدرسة مع الأطفال السامعين سمعيا اذا تم الأخذ بعين الاعتبار مجموع الشروط الانتقاء.

وقد وافقت الوكالة الأمريكية للصحة حاليا علي مجموعة من المعايير لاختيار الشخص المرشح لزراعة القوقعة ويمكن تلخيص هذه المعايير في النقاط التالية:

الصم العصبي الحسي الشديد المزدوج

صغر عمر المترشح

عدم الاستفادة من المعينات السمعية

عدم وجود أي موانع طبية

تحمس المترشح والأسرة.

بالإضافة الي ذلك فقد حددت المراكز التي لها خبرة في عملية زراعة القوقعة عددا من القضايا الإضافية التي يمكن تقييمها عند اختيار المرشحين تشمل الكلام ، القدرات اللغوية والاستعداد المعرفي والاجتماعي.

٦- خطوات زراعة القوقعة الالكترونية:

تمر زراعة القوقعة الالكترونية بثلاث خطوات أساسية هي

١.٦: مرحلة ما قبل العملية الجراحية: تشمل هذه المرحلة ما يلي:

- إجراء اختبارات سمعية وطبية متتابعة إجراء الجراحة لتقييم مدي الاستفادة من عملية الزرع القوقعي وتتمثل هذه الاختبارات في (الفحص الطبي، التحاليل الطبية، أشعة مقطعية، فحص الجهاز السمعي، فحص النطق).

-إجراء اختبارات نفسية وسلوكية (اختبارات القدرات العفلية العامة، اختبار تطور المهارات الجسمية والحركية العامة...).

- إجراء مقابلات مع المرضي وأهاليهم يتم من خلالها عرض كافة المعلومات الضرورية عنن عملية الزرع القوقعي، كيفية حدوثها مزاياها وسلبياتها المحتلمة، ومن نتائج المرحلة الأولي يخرج فريق العمل بتصور مبدئي عن حاجة الطفل للزرع القوقعي.

٢.٦ مرحلة الجراحة والنقاهة:

- بعد التأكد من عدم وجود عوائق جراحية طبية أو تشوهات خلقية تمنع إجراء العملية الجراحية يتم بعد ذلك تحضير الطفل للعملية التي تتم بالتخدير العام لمدة ٣ ساعات للأذن لواحدة ، والقيام بشق الجلد الجلد، ويقوم الجراح برفع طبقة من الجلد للكشف علي العظم الناتئ خلف الأذن وتستخدم طريقهم طريقة ثقب العظمة النائية خلف الأذن بعد تحديد العصب الوجهي كعلامة للدخول الي قوقعة الأذن.

- وبعدها تاتي فترة النقاهة حيث تعتبر الأسابيع الأولي هي الفترة الأصعب من العملية مما يحتم علي الفريق الطبي تقديم برنامج مكثف يتضمن نوع من التدريب والمعالجة النفسية.

٣.٦ مرحلة ما بعد التأهيل:

تتم برمجة حصص إعادة التأهيل بعد تقريبا ٠٦ أسابيع من العملية الجراحية أي بعد التئام الجرح وبداية تنشيط الالكترودات المزروعة داخل القوقعة وذلك وباستخدام استراتيجيات مناسبة لكل حالة والتأكد من أن الجهاز قد برمج علي أفضل وأدق وضع لخدمة الحالة،وبعدها يتم إخضاع الحالة الي مجموعة من البرامج المصممة للتكفل بمثل هذه الأجهزة.

٧- المشاكل والتعقيدات الناجمة عن عملية الزرع القوقعي:

فضلا عن الأثار الطبية السلبية التي تظهر بسبب التخدير ، عملية الزرع القوقعي نادرة أو قليلة النتائج السلبية، وقد تم ذلك بإجراء الاختبارات الكهربائية للذبذبات الوظيفة علي مستوي العصب السمعي ، كما يمكن ان تظهر بعض الالتهابات السحائية مما قد ينجر عنها من تصلب القوقعة.

الفصل السابع: الدمج

تعريف الدمج

أسس الدمج

أهمية الدمج

أهداف الدمج

انواع الدمج

فريق الدمج

سلبيات الدمج

الصعوبات والتحديات التي تواجه عملية الدمج

شهدت العقود الماضية إنجازات في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وهم كما بين(خليفة،٢٠٠٩، ص١٤) الطلبة الذين تختلف خصائصهم وحاجاتهم عن خصائص وحاجات الطلبة العاديين أو الطلبة ذوي القدرات التعليمية والتحصيلية المتوسطة، بحيث يترتب علي ذلك حاجتهم الي نوع من الخدمات والرعاية الخاصة التي تمكنهم من تحقيق افضل ما تسمح به قدراتهم علي كافة المستويات، ويمكن تقسيمهم الي مجموعتين، هما:

الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة الإيجابية، وتشمل فئات الموهوبين والمتفوقين.

الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة السلبية، وتشمل عدة فئات والتي منها فئة الطلبة ذوي صعوبات التعلم- موضوع الدراسة.

ولعل من أهم الانجازات في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة كما أشار إلى ذلك (Dessent,1987,p95-98) هو تطور أساليب تدريس هؤلاء الطلبة استنادا الي البحث العلمي، مما شجع علي انبثاق حركة غير مسبوقة نحو تفضيل دمج هؤلاء الطلبة في مدارس التعليم العام بدلا من عزلهم في مدارس ومراكز تعليمية خاصة.

ولاريب في أن التوجه نحو الدمج هو توجه نحو المدرسة الفعالة التي تستطيع تلبية احتياجات جميع المتعلمين علي الرغم من الفروق الفردية الكبيرة فيما بينهم، ولكن ذلك يتطلب استخدام الية مناسبة لتحقيق هذا الدمج بحيث يكون ناجحا وفعالا ويحقق أهدافه، وفي سبيل ذلك يري الباحث انه من الضروري الوقوف علي الجوانب التالية التي توضح مفهوم الدمج:

أولا: تعريف الدمج:

لقد ظهر العديد من التعريفات في أدبيات التربية الخاصة والتي وضحت مفهوم الدمج ، ويري الباحث أن من أهمها ما يلي:

" أن تشتمل فصول ومدارس التعليم العام علي جميع الطلبة بغض النظر عن الذكاء او الموهبة او الإعاقة أو المستوي الاجتماعي او الاقتصادي او الخلفية الثقافية للطالب، ويجب علي المدرسة العمل علي دعم الحاجات الخاصة لطل طال"

" أن يقضي المعوقون أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة اذا لزم الأمر"

ط وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت، وفي بعض المواد الدراسية التي يستطيع أن يجاريها او يستفيد منها وفقا لطبيعة إعاقته ومستواها وشدتها، مع تكييف غرفة الصف بحيث تحتوي علي العناصر التي تساعد علي التعلم، بهدف أن يشعر بأنه طفل عادي لا يتخلف عن الأطفال العاديين"

الدمج الوقتي والتعليمي والاجتماعي للأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين اعتمادا علي عملية تخطيط وبرمجة تربوية مستمرة وفردية ، وهو يتطلب توضيح مسؤوليات كل من كوادر التعليم العام وكوادر التربية الخاصة.

وبالنظر الي التعريفات السابقة لاحظ الباحث أنها تؤكد علي العناصر التالية:

تفضيل تعليم طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية.

مجموعة من الاجراءات والممارسات التي تضمن استفادة طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من البرامج المقدمة فيها، ومنها:

تكييف غرفة الفصل بحيث تحتوي علي العناصر التي تساعد طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة علي التعلم جنبا الي جنب مع أقرانهم العاديين.

التركيز علي دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة البسيطة في المدرسة العادية ، والإبقاء علي الأوضاع المعزولة (المؤسسات والمدارس والصفوف الخاصة) لذوي الاحتياجات الخاصة الشديدة.

أن تأخذ عملية الدمج بالحسبان كما وضح (المرجع السابق ، ص ٣٤-٣٥) الأبعاد الثلاثة التالية:

البعد الوقتي أو الدمج الوقتي:

ويقصد به مجموع الفترات الزمنية من مجمل اليوم الدراسي الذي يقضيها طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في التعلم أو التفاعل.

البعد التعليمي أو الدمج التعليمي:

ويقصد به إتاحة الفرصة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة لتلقي التعليم مع أقرانه العاديين الي أقصي درجة ممكنة.

ويؤكد هذا البعد علي مشاركة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة التعليمية التي يستطيعون تأديتها بنجاح ، فإذا لم يكونوا قادرين علي هذه المشاركة بسبب افتقارهم الي المهارات الأكاديمية اللازمة، فمن الممكن بذل الجهود لدمجهم في الأنشطة غير الأكاديمية(مثل: التربية البدنية، وفترات الاستراحة، وبعض الموضوعات والأنشطة الدراسية الخاصة).

ح- البعد الاجتماعي او الدمج الاجتماعي:

ويقصد به إتاحة الفرصة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة للتفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين ، فالمدرسة لا تعني بالتعليم الأكاديمي فقط ولكنها تهتم أيضا بمساعدة الطلبة علي اكتساب المهارات والكفايات الاجتماعية.

ثانيا: أسس الدمج:

إن مفهوم الدمج في جوهره كما أشار(Yaseldyke,1998,p10-11) مفهوم اجتماعي أخلاقي نابع من حقوق الإنسان التي تنادي بالمساواة وعدم التمييز او العزل والإقصاء.

وعليه فقد انبثقت أسس ثلاثة استندت عليها عملية الدمج وبررت ضرورته في المجتمعات، ويمكن تفصيل هذه الأسس علي النحو التالي:

الأساس القانوني:

حيث أن التعليم حق لكل فرد، ويجب ان يوفره المجتمع بغض النظر عن طبيعة المشكلات التي يعاني منها الفرد.

٢- الأساس الاجتماعي:

حيث أنه لا يمكن عزل الفرد ذو الاحتياجات الخاصة عن المجتمع الذي يعيش فيه

٣- الأساس الأخلاقي:

حيث أن الدمج يعتبر قرارا مناسبا يمكن من خلاله تلبية احتياجات ورغبات الفرد ذو الاحتياجات الخاصة في مجتمعه، واحترام إنسانيته، وعليه يري الباحث بأنه من المسلم أخذ هذه الأسس بعين الاعتبار عند الدمج، لأنها تشكل استحقاق لهذه الفئة من الطلبة كما أكد علي ذلك المؤتمر العالمي للاحتياجات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة الذي عقد برعاية منظمة اليونسكو في عام ١٩٩٤م.

ثالثا: أهمية الدمج:

تتمثل اهمية الدمج للطلبة ذوي الاحتياجات كما بينها(بطرس، ٢٠٠٩، ص٣٥) علي النحو التالي:

تنمية مداركهم نحو العالم المحيط بهم.

تمكينهم من تكوين صداقات ، ومنحهم الإحساس بالانتماء الي الجماعة.

إشراكهم في الأنشطة المختلفة ليكونوا أعضاء فاعلين في المجتمع.

تنمية ما لديهم قدرات وإمكانيات ومواهب، ومساعدتهم علي تعويض العجز.

تدريبهم علي الالتزام بقواعد لنظام وتحمل المسؤولية.

تعليمهم كيفية التعامل والانسجام مع الاخرين.

إلغاء فكرة العزل والإقصاء المتبعة تقليديا ضدهم، وتغيير نظرة المجتمع السلبية نحوهم.

إعدادهم للمستقبل ليكونوا أفرادا قادرين علي كسب رزقهم

رابعا: أهداف الدمج:

تهدف عملية الدمج كما وضحها(القمش،٢٠٠٨، ص٣١١) لتحقيق الأهداف التالية لذوي الاحتياجات الخاصة:

- الاهتمام بالشخص نفسه، وتطوير مهاراته الي الحد الذي يصل به الي الاستقلالية الذاتية والاعتماد علي النفس.

- الاهتمام بتطوير المهارات الاجتماعية، من أجل التكيف والتفاعل مع الاخرين بنجاح

- الاهتمام بتطوير المهارات المهنية، وتاهيله في ضوء قدراته وإمكاناته، بحيث يصبح قادرا علي العمل والاستقلال المهني والمعيشي.

وعليه يري الباحث بأنه لتحقيق هذه الاهداف يحتاج المجتمع الي برامج دمج شامله معلومة، تبدا من الأسرة ثم المدرسة وتمتد لتصل الي كافة مؤسسات المجتمع، والأهم بناء ثقافة مجتمعة عامة أولا تتفهم احتياجات هذه الفئة وتكون معينة لها.

خامسا: انماط الدمج:

تختلف أساليب وأنماط دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من بلد الي اخر حسب إمكانات كل منها، وحسب نوع الدعم المراد تقديمه، بحيث يمتد من مجرد وضعهم في فصل خاص ملحق بالمدرسة الادية الي دمجهم بشكل كامل في الفصل المدرسي العادي مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة، ويمكن تفصيل هذه الأنماط كما وضحتها (الحديدي،٢٠٠٥، ص٢٦) علي النحو التالي:

الفصول الخاصة:

وهي فصول بالمدرسة العادية يلحق بها الطالب ذو الاحتياجات الخاصة للتعلم بدوام جزئي، مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسي خارجها.

غرفة مصادر التعلم:

وفيها يتلقى الطالب ذو الاحتياجات الخاصة مساعدة ومباشرة لبعض الوقت فقط وحسب جدول ثابت، علي أن يقضي معظم يومه الدراسي في الفصل العادي، وعادة ما يعمل في هذه الغرفة معلم أو أكثر من معلمي التربية الخاصة الذين أعدوا خصيصا لتعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ويكون التعليم في غرفة مصادر التعلم هذه بشكل فردي أو ضمن مجموعة صغيرة. كما أضاف(بطرس، ٢٠٠٩، ص٣٣) لهذه الأنماط:

تقديم الخدمات الخاصة:

يقوم بها معلم متخصص يزور المدرسة العادية عدة مرات أسبوعيا، لتقديم مساعدة فردية منتظمة في مجالات معينة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة مثل القراءة او الكتابة او الحساب .

المساعدة داخل الفصل العادي:

وتكون علي شكلين:

حيث يلحق الطالب ذو الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل، وقد تتضمن هذه الخدمات استخدام وسائل تعليمية او أجهزة تعويضية مساعدة.

حيث يلحق الطالب ذو الاحتياجات الخاصة بالفصل العادي ويقوم معلم الفصل العادي بتعليمه مع أقرانه العاديين،بالإضافة الي وجود معلم استشاري متخصص في التربية الخاصة لتقديم دعم تعليمي إضافي لهذا الطالب ذو الاحتياجات الخاصة فقط، علي أن يتحمل معلم الفصل العادي مسئولية إعداد البرامج الدراسية له وتطبيقها.

سادسا: أنواع (طرق) الدمج:

هناك نوعين لدمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول المدرسية العادية، وكل نوع منها له من يسانده او يعارضه من حيث كونها الطريقة الأفضل في تعليم ودعم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.ويمكن تفصيل هذه النواع كما وضحها (بطرس،٢٠٠٧، ص١٤٤) علي النحو التالي:

الدمج الكلي(الشامل):

ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين داخل الفصل المدرسي العادي، ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها أقرانه العاديين، مع تقديم خدمات التربية الخاصة المساعدة له.

٢ - الدمج الجزئي:

ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه العاديين داخل الفصل المدرسي العادي لبعض الوقت فقط، علي أن يقضي باقي يومه الدراسي في فصل خاص أو في غرفة مصادر التعلم المعدة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.

سابعا: فريق عمل الدمج:

يتطلب الدمج عملا مكثفا يقوم به فريق متعدد التخصصات في المدرسة لتسهيل عملية الدمج الأكاديمي والاجتماعي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يتطلب من أعضاء الفريق العمل بطريقة تشاركية تعاونية بهدف التعرف الي الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحديد الأوضاع التعليمية المناسبة، والخدمات التربوية، والخدمات الداعمة التي يحتاجون اليها، وتأخذ فرق العمل في الميدان أشكالا مختلفة، ولكنها في العادة تتكون من أعضاء يحدد عددهم وتخصصهم نوع الخدمة الداعمة، وطبيعة الأهداف المطلوب تقديمها، وحاجة كل فئة من فئات طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وهم بحسب(الخطيب،٢٠٠٤، ص١٠٦-١٠٧)

مدير الفريق:

ودوره قيادة الفريق ودعمه لإنجاح برنامج الدمج الشامل

معلمو التربية الخاصة، وهم:

معلم غرفة المصادر:

ودوره تعليم بعض المهارات الأكاديمية(مثل القراءة أو الكتابة او الحساب) للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في غرفة المصادر.

المعلم المستشار:

ودوره كما وضحه (سرطاوي،٢٠٠٦، ص٣٣) تقديم الدعم التعليمي الإضافي والمشورة الفصل العادي فيما يتعلق بطرق تعديل أساليب التدريس، والوسائل التعليمية المستخدمة لتناسب الحاجات التربوية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.

ج- معلم الفصل الخاص:

ودوره تعليم طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول خاصة في المدرسة العادية وبعد ان يتطور أداءهم يتم إلحاقهم بالفصل العادي.

د: المعلم المتنقل:

ودوره تقديم الدعم التعليمي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في عدة مدارس عادية ويتنقل بينها، وذلك عندما يكون عدد هؤلاء الطلبة قليلا جدا.

معلم الفصل العادي:

ودوره تعليم طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقيمهم، وتقرير الخدمات التربوية المساندة التي يحتاجون إليها، بالإضافة الي دوره في تعليم أقرانهم العاديين.

أخصائي علم النفس المدرسي:

ودوره المساعدة في تنظيم السلوك الصفي وتعديله، والمساهمة في تحليل الأداء وتقييمه لطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.

أخصائي الإرشاد المدرسي:

ودوره تيسير التواصل والتعاون بين الطلبة والمعلمين والمديرين واولياء الامور.

أخصائي الخدمة الاجتماعية:

ودوره تسهيل التواصل بين المدرسة والاسرة من جهة، وبين المدرسة والمؤسسات الاجتماعية من جهة اخري.

أخصائيون اخرون:

واشتراكهم في الفريق كما يري(برادلي وسيزر وسوتلك،٢٠٠٠، ص١٦) يكون بناء علي الحاجات الخاصة للطلبة المدمجين، ومن هؤلاء الأخصائيون: المعالج الطبيعي والمعالج الوظيفي لدعم وتدريب ذوي الإعاقة الجسمية، وأخصائيون في البصر والسمع وغيرهم.

الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة:

ودورهم إبداء الراي في البرامج والخدمات المقدمة لهم بغرض تحسينها.

اولياء الأمور:

ودورهم تشجيع وتوجيه ومتابعة أبنائهم من ذوي الاحتياجات لإنجاح برامج الدعم المقدمة لهم .

ثامنا- سلبيات الدمج:

إن الدمج سلاح ذو حدين، فكما ان له فيه إيجابيات كثيرة إلا أن له بعض السلبيات ايضا، وهو قضية جدلية لها من يساندها ومن يعارضها، ومن هذه السلبيات كما بينها (القمشن٢٠٠٨، ص٣١٤):

عدم توفير معلمين مؤهلين ومدربين جيدا في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية، مما يؤدي الي فشل برامج الدمج.

قد يعمل الدمج علي زيادة الفجوة بين الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وأقرانهم من الطلبة العاديين، لأن المدارس العادية تعتمد علي النجاح الأكاديمي والدرجات كمعيار أساسي ووحيد في الحكم علي الطلبة.

قد يؤدي الدمج الي زيادة عزلة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الفصول الخاصة او غرف المصادر التعليمية فقط، الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بينهم وبين أقرانهم من الطلبة العاديين للتخفيف من العزلة.

قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند بعض طلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي تقليل مستوي دافعيتهم نحو التعلم، وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات لديهم، خاصة اذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق امكاناتهم كما يزيد الأمور سوء ان المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم، في حين ان الطالب ذو الاحتياجات الخاصة يحتاج الي تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم علي اسا مقارنة اداء الطالب ذو الاحتياجات الخاصة مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفية.

الاتجاهات السلبية من المجتمع تجاه ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تؤثر علي مشاعرهم وتدفعهم للانسحاب من المجتمع المحيط، ومنها كما بينها (بطرس، ٢٠٠٩، ص٤٠):

السخرية والتهكم

الفضول الذي يبديه البعض تجاههم حول سبب أو طبيعة إعاقتهم.

رفض إشراكهم في الأنشطة الاجتماعية.

وينوه الباحث ومن خلال عمله في مجال الدمج انه لاحظ ان سلبيات الدمج ينعكس أثرها بوضوح علي أرض الواقع، ولكن اذا تم نشر ثقافة الدمج بشكل صحيح في المجتمع، وتعمقت التجربة أكثر، وتوفرت برامج التدريب والإعداد للكوادر العاملة فغن أثر السلبيات سيتقلص تدريجيا.

تاسعاً: الصعوبات والتحديات التي تواجه عملية الدمج:

هناك العديد من الصعوبات والتحديات التي تواجه عملية الدمج، والتي تتطلب تضافر الجهود من قطاعات مختلفة في الدول للتغلب عليها حتي تنجح عملية الدمج وتتحقق اهدافها، ومن هذه الصعوبات كما وضحتها(مجيد، ٢٠٠٨، ص ٣٨٨-٣٩٠).

صعوبات تخطيطية، ومنها:

عدم اهتمام السياسات الحكومية والوطنية في المجال التربوي والاجتماعي بالتخطيط للدمج، وعدم إدراجه ضمن خطط التنمية المستدامة الشاملة.

ضعف مستوي التخطيط الخاص ببرامج الدمج الفعلية، وعدم استناد سياسات وممارسات الدمج علي دراسات ميدانية علمية.

عدم تحديد الغايات والأهداف العامة والخاصة الممكن تحقيقها من خلال الدمج، او عدم وضوحها أصلا لدي منفذي سياسات علمية.

قصور في التخطيط الهادف المتعلق بدراسة بيئات المجتمع وخصائص المتعلمين، وخصائص المعلمين واتجاهاتهم ومستوياتهم الأكاديمية وبرامج إعدادهم وتدريبهم.

عدم إدراك واضعي السياسات التربوية لأهمية مؤسسات المجتمع وخدماتها في نجاح عملية الدمج، والقاء الثقل فقط علي المدرسة العادية ومعلم الصف العادي.

عدم الاضطلاع علي التجارب العالمية ومحاولة الاستفادة منها في مجال الدمج.

عدم الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة من ناحية تربوية تنموية، والاكتفاء بحصر حالات الإعاقة ورصد أعدادها فقط.

صعوبات تربوية، ومنها:

ضعف الكفايات العامة لمعلمي الفصول العاديين في المدارس العادية في مجال الدمج، ومنها:

عدم القدرة علي العمل بروح الفريق المتعدد التخصصات

ضعف المعرفة الأكاديمية اللازمة لممارسات الدمج(مثل: نقص في معرفة خصائص النمو والأبعاد التربوية والنفسية لجميع الطلبة، وضعف القدرة علي تحديد احتياجات الطلبة والفروق الفردية بينهم، وقلة الإلمام بطرق وأساليب التدريس المناسبة الفردية منها والجماعية).

ضعف برامج إعداد وتطوير معلم الفصل العادي وخلوها من تقديم المعرفة الأكاديمية والمهنية اللازمة للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة وممارسات الدمج

عدم جاهزية البيئة المدرسية العادية لتطبيق برامج الدمج بشكل فاعل.

صعوبات مجتمعية ومنها:

١) عدم تعاون مؤسسات المجتمع لتفعيل وإنجاح برامج الدمج .

٢) بقاء النظرة التميزية والتصنيفية تجاه ذوي الاحتياجات الخاصة.

وعليه يري الباحث بانه مما لاشك أن هناك العديد من الصعوبات التي تواجه تفعيل عملية الدمج، لكن الباحث يري أنه انه يمكن التغلب عليها من خلال وضع برامج دمج أهدافها واضحة ومجتمع داعم وقوانين مساندة.

قائمة المراجع

اولاً : المراجع العربية:

أمال عبد السميع باظه (٢٠١٠) . "سيكولوجية غير العادين (ذوى الاحتياجات الخاصة) "، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.

أمال عبد السميع باظه (٢٠١٠). "تشخيص غير العادين (ذوى الاحتياجات الخاصة)" ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

أمال عبد السميع باظه ، (٢٠١٠) ." اضطرابات التواصل وعلاجها" ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.

إمام مصطفى سيد ، محمود محمد إمام (٢٠٠٨). " نموذج متعدد الأبعاد للعمل مع اسر التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة" ، كلية التربية ، جامعة أسيوط.

صفاء عبد العزيز القوشتى (٢٠٠٢). "مدى فعاليه برنامج يستخدم اللعب لتخفيف حده السلوك الانطوائي لدى الأطفال ضعاف السمع" ، رسالة ماجستير معهد الدراسات العليا للطفولة: جامعه عين شمس.

صلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٠): " دراسة التواصل غير اللفظي للمعلم وعلاقته بمفهوم الذات لدى الطفل المعوق سمعيا" دراسة مقدمة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

طلعت منصور (١٩٨٠) : "سيكولوجية الاتصال " ، مجلد (١١)و العدد (٢) ، القاهرة ، عالم الفكر.ص ص(٣٣-٢٤)

عادل الأشول (١٩٨٧): "موسوعة التربية الخاصة "، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

عبد الرحمن العيسوي ، (١٩٩٥): "العلاج النفسي" ، الأسكندرية ، دار المعرفة.

عبد الرحمن العيسوى ، (١٩٩٧): "موسوعة كتب علم النفس الحديث والعلاج السلوكي ، بيروت ، دار الراتب.

عبد الرحمن سالم (١٩٩٤). "سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم ، والفئات)" ، القاهرة . مكتبه زهراء الشرق.

عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩)." بحوث ودراسات في العلاج النفسي"،الجزء ١،القاهرة . مكتبة زهراء الشرق. .

عبد العزيز السرطاوى،وائل موسى أبو جودة (٢٠٠٠): "أضطرابات اللغة والكلام"،الرياض،أكاديمية التربية الخاصة.

عبد العزيز السيد الشخص ، عبد الغفار الحكيم الدماطي (١٩٩٢)."قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين"، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيزالسيد الشخص (١٩٩٧) ." اضطرابات النطق والكلام "، شركة الصفحات الذهبية المحدودة ، السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنية

عبد العزيزالسيد الشخص (١٩٨٥)." دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبين الأطفال الصم وبعض المتغيرات المرتبطة به" ، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد التاسع ، ص ص (٨٧-٩٣).

عبد العزيز الشخص وزيدان أحمد السرطاوى (١٩٩٩): " مشروع إعداد منهج دراسي للأطفال المعوقين سمعيا في مرحلة ما قبل المدرسة (التحضيري)" ، قسم التربية الخاصة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود.

عبد الله محمد الوايلى (٢٠٠٣) : " طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلاميذ ذوى التخلف العقلي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية" ،مجلة الإرشاد النفسي،العدد (١٦)، كليةالتربية،جامعة عين شمس.

عبد المطلب القريطى (٢٠٠١). "سيكولوجيه ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم"، القاهرة ، دار الفكر العربي.

عبد المنعم الحفني (١٩٧٨)."موسوعة علم نفس والتحليل النفسي" ، ج٢،القاهرة ، مكتبة مدبولي.

عدنان الجزولي (٢٠٠٤)." الإعاقة في التشريعات المعاصرة "، دراسة لبعض التجارب الوطنية في دول العالم الإسلامي ، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة ـ إيسيسكو.المجلد٦ ،العدد١٥،ص ص(٥٤-٥٨)

عطية عطية محمد (٢٠٠٨). " تواصل الأم مع الطفل ضعيف السمع وأثر ذلك علي النضج الاجتماعي لديه" ، دراسة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

علي بن حسن الزهراني (٢٠٠٨). " التوجهات الحديثة للتعليم الشفهي للأطفال الصم وضعاف السمع -المفاهيم، المبادئ، والتطبيقات التى يستند عليها" دراسة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

على سعد جاب الله وسيد محمد سنجى (٢٠١٠). " فاعلية برنامج قائم على الأنشطة اللغوية فى تنمية مهارات التعبير الشفوي الوظيفي لذوى الاحتياجات الخاصة" دراسة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

علي عبد النبي ، عبد الوهاب بن حمد السعدون (٢٠٠٤) . "طرق التواصل للمعاقين سمعيًا ، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة ، الرياض ، السعودية.

علي ، أحمد سعد صالح الشيخ ، (٢٠٠٠)." فاعلية برنامج إرشادي في الدراما النفسية في خفض التوتر وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلبة الصف السابع الأساسي" ، رسالة ماجستير ، الجامعة الأردنية ، الأردن.

عماد عبد الحليم (١٩٩٠). "الضعف السمعي كإعاقة تخاطبيه "، ماجستير غير منشورة ، كلية الطب ، جامعة عين شمس.

عواطف إبراهيم محمد (١٩٩٠). "مفاهيم التعبير والتواصل فى مسرح الطفل" ، القاهرة ، مكتبه الانجلو المصرية.

فاروق الروسان (١٩٨٩). "سيكولوجية الأطفال غير العاديين "، مقدمه فى التربية الخاصة ، عمان ، مكتب الجامعة.

فاروق الروسان ،(٢٠٠٠)."مقدمة فى اضطرابات اللغة"ط١ ، الرياض دار الزهراء للنشر و التوزيع.

فاروق الروسان(٢٠٠١) . "سيكولوجية الأطفال العاديين مقدمة في التربية الخاصة "،ط5 ،عمان.

فاروق عبد السلام (١٩٨٢)."المعوقون وتصنيفهم وخصائصهم الشخصية" ، مجلة كلية التربية ، جامعة أم القرى ، العدد العاشر ،ص ص(٩ – ٥٥).

فاروق محمد صادق (٢٠٠٠) .(أ) "مشروع حقيبة تربوية ارشادية للاسرة العربية لرعاية الطفل ذو الاعاقة السمعية فى مراحل العمر المختلفة" دراسة مقدمة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة، وزارة المعارف، المملكة السعودية ، الرياض.

فاروق محمد صادق (٢٠٠٠).(ب) " تمكين غرف المصادر في علاج صعوبات التعلم واستيعاب ذوى الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية."،وزارة المعارف، المملكة السعودية ، الرياض.

فاطمة الزهراءمحمد(٢٠٠٤):"فعالية أسلوب السيكودراما فى تخفيف حدة الأعراض الأكتئابية لدى الأطفال المعاقين سمعيا"،رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة طنطا.

فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠)." سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة "، حـ ٢ ، ط٤ ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع.

فيصل محمد الزراد (١٩٩١) : "صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة" ،دراسة مسحية-تربوية، رسالة الخليج العربي،العدد(٣٨)

كمال الدين حسين (٢٠٠٢). " مدخل في العلاج بالدراما للطفل"،مجلة الطفولة والتنمية،المجلس العربي للطفولة والتنمية،مجلد(٢)،العدد (٦)،ص ص١٣-٣٨.

كمال الدين حسين (٢٠٠٢). " مدخل فى قصص وحكايات أطفال ما قبل المدرسة" ، ط٣ ، الجيزة ، مطبعة العمرانية.

لويس كامل مليكة (١٩٨٩). " سيكولوجية الجماعات والقيادة" ، ج٢ ، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ماجدة عبيد (١٩٩٩). "تعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، مدخل إلى التربية الخاصة" ، عمان ، دار صنعاء للنشر والتوزيع.

محمد الشناوي ، (١٩٩٤)." نظريات الإرشاد والعلاج النفسي "، القاهرة، دار غريب..

محمد صالح عبد الرءوف محمد (٢٠٠٧): " برنامج الأمل (الانطلاقة الكبرى للصم)" قسم التربية علم النفس ، كلية المعلمين بالجوف. دراسة مقدمة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦) . "سيكولوجية اللأطفال غير العاديين وتربيتهم" ، دار الفكر الجامعي ، الإسكندرية.

محمد فتحى عبد الواحد (١٩٩٤). "مدى فعالية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الاطفال ذوى الاعاقة السمعية" ، رسالة دكتوراة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

مختار حمزة (١٩٧٩). "سيكولوجية المرضى وذوى العاهات" القاهرة ،دار المعارف.

مريم عمر حافظ تركستان (٢٠٠٨). "دراسة مقارنة لبعض المتغيرات الشخصية والمعرفية والاجتماعية لدى ضعيفات السمع المدموجات وغير المدموجات في مدينة الرياض مع وضع تصور مقترح للدمج" ،جامعة الملك سعود، كلية التربية_ قسم التربية الخاصة.

مصطفى فهمى(١٩٨٠)." سيكولوجية الأطفال غير العاديين" ، القاهرة ، مكتبة مصر.

مصطفي نوري القمش،(٢٠٠٠):"الإعاقةالسمعيةواضطرابات النطق"،عمان.دار الفكر.

منى مصطفى (٢٠٠٨) : " برنامج القراءة للأطفال الصم وضعاف السمع مرحلة ما قبل -المدرسة حلقة وصل بين التأهيل والتعليم " دراسة مقدمة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

هدي محمد قناوي،(١٩٩٥). الطفل والعاب الروضة ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

وزارة الصحة والسكان الادارة العامة لصحة الام والطفل (١٩٩٧) :" الطفل والاعاقة" ، برنامج الامم المتحدة الايمائىUNDP ، القاهرة ، وزارة التربية والتعليم.

وزارةالتربية والتعليم (١٩٩٠): قرار وزارى رقم (٣٧) بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨م فى شان،" اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة".

يوسف هاشم أمام (٢٠٠٠) " أضواء على الحديث في رعاية وتأهيل وتعليم المعوقين سمعيا." دراسة مقدمة إلى ندوة الاتجاهات المعاصرة للتعليم والتأهيل المهني للمعوقين سمعيا ، الأمانة العامة للتربية الخاصة- وزارة المعارف- المملكة السعودية ، الرياض.

ثانيا-المراجع الأجنبية:

Alexander, G, B. (2005):"Academy for Listening and Spoken Language", Existing evidence That Supports Rationale for Auditory-Verbal Practice Dictionary", Retrieved 2005, from http: / /www. agbellacademy.orq/ Existing Evidence.

(2005):" Hearing Health Dictionary". Retrieved 2005, from Hearing_ Health_ Dictionary.

Adam, A. & Soland, C. (1990):"Listening to learn" Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf. *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol.2, No. 12PP. 406-414.

Andrws, E.M. (1988)," The Relationship Between Aural Oralism And the Maternal Reflective Way of Working" *Journal of the British Association of Teachers of the Deaf,* Vol.2No. (5)PP.146-154.

Antony, W, (1998): "Psychodrama Famaliy Therapy-What's A Name?" *International Journal of Action Methods*, Vol.50 No.(4)PP.127-129.

Barrett,R& Elizabeth,T (1986): "Self Image and Social Adjustment change Deaf Adolescents participation in Social Living Class" *journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* , Vol. 39, No. (1), PP.3-11.

Bernthal,J.&Bankson,N.,(1998)."Articulation And Phonological Disorders",Boston ,Allyn And Bacon.Pp.175-189

Blanter, A, (1995): " Psychodrama.", In R.J. Corsini & amp; D.wdding. (Eds) current Psychotherapies.pp.399-408.

(2000). "Foundation Of Psychodrama : History , Theory and Practice ". New York : Springer Publishing Company.

Burdenell, p., (1986): " The Other Side of Profound Handicap", London , Macmillan.

Bryce, A. (1995):" An Intervention Design and Out Come Study of An Expressive Therapy Group for Sexually Abused School Age girls". Antioch university New England, Graduate school, Dissertation Abstracts International,Vol.56,No.(04), PP.2316.

Caldwell,F., &Barbara,G., (1997): "Educating Children who are Deaf and Hard of Hearing", Cued Speech Office of Educational research and improvement (Ed), Washington Press.

Caleffe-Schenck, N.(2005):"Auditory-verbal therapy:" Developing Spoken Language Through Listening With Children Who Are Deaf. CNI Review,No. 05,PP.12-14.

Cherry, S. (1993)"Use of Drama Group Work with Children a Hand Book", Jessica Kingsley, Publishers, Ltd, London, pp.170-182.

Corey,G.,(2000)."Theory and Practice of Group Counseling ,(5 The Edition),Broksal ,Cole,Thowson Learning ,Calif.

Corsini , R, J. (1994). "Encyclopedia of psychology " 2ed, New York , Springer Publishing Company.

Courteny, R, (1981): "Developmental Drama Chicklist", in drama in therapy Eds R, Courtney-New York: Drama Book Specialists.pp.21-26.

Desselle, D. (1994):" Self-Esteem, Family Climate and Communication Patterns in Relation to Deafness". New Jersey, Houghton Mifflin Company.Am. An . De , V139 N3 P322-328.

Ertmer, D., Sadaqopan, N., Strong, L. (2003)." Beginning to Communicate After Cochlear Implantation": Oral language development in a young child. *Jounal of Speech, Language, and Hearing research*, Vol .76,No.(46),PP. 328-340.

Esseldyk, J. R. & Algozzine, B. (1984): “Introduction to Special Education”, New Jersey, Houghton Mifflin Company.

Estabrook, W., & Samson, A. (1992). "Do You Hear That". Washington, DC: A.G.Bell. *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol. 22, No.52PP.506-514.

Estabrooks, W. (2000)." Auditory-Verbal Therapy for Parents and Professionals".Washington, DC: A.G.Bell *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol.2, No. 12PP.406-414.

Geer, A.,& Brenner, C. (2003)." Background and Educational Characteristics of Prelingually Deaf Children Implanted by Five Years of Age". New Jersey, Houghton Mifflin Company.

Geers, A., & Moog, J. (1989)." Factors Predictive of the Development of Literacy In Profoundly Hearing-Impaired Adolescents". The Volta Review, Vol. 65,No. 91, PP. 69- 86.

Gill, R. (1997). "Post – Traumatic Stress Disorder in Latency Age Child": A psychodynamic treatment approach, Dissertation Abstracts, *International Journal,* Vol. 80,No .(57), p.5325, Feb. Clalifornia.

Goldberg, D. (1997). "Educating Children Who Are Deaf or Hard of Hearing": Auditory- verbal. ED414670. ERIC Digest #552.

Goldberg, D., & flexer, C. (2001)." Auditory-Verbal Graduates": An updated outcome survey of clinical efficacy. *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol .44,No. 12,PP.406-414.

Greenbery, I., (1983): " Psychodrama: Theory and Therapy" A condor.educational and academic L.T.D, book souvenienr press.

Guisti, M., (2002): "The Efficacy of Oral Motor Therapy for Children with Mild Articulation Disorders", Dissertation Abstracts international, Vol. (41),No. (1), p.221

Hall, B., David & Hill, D., Peter (1996): “The Child with a Disability”, Second edition, Blackwell Science, Australia.

Hayes, D., & Norther, L., J. (1997): “Infants And Hearing,” London, Singular Publishing group. Hearing disorders, No.52,PP. 83- 94.

Howell,P.,(2004),"Effects of Delayed Auditory Feedback And Frequent Shifted FEEDBACK ON Speech Control and Some Potentials For Future Development Of Prosthic Aids For Stammering" Stammering Research,pp.31-46

Jackson, L., P., (1997): “ A psycho – Social and Economic Profile of The Hearing Impaired and Deaf “, in Hull, R. (Eds): Aural Rehabilitation, Third Education, by Singular Publishing Group. Inc. 37-47.

Jackson, L., P., (1997): “Speech Conversation for Adults who are Hearing – Impaired ”, in Hull, R. (Eds): Aural Rehabilitation, Third edition by Singular Publishing Group, Inc.PP. 251-274.

Karen Lynn, (2002): "Adjustment of Hearing Impaired Children".Risk and resistance factors coping skills (ph.D.) Loyola, university of Chicago.

Karon, B, P&Winder, A.J., (1995): "Psychodynamic Therapies in Hostorical Perspective”, comprehensive text book of psychotherapy, New York Oxford University Press.

Karp, K. ; Candy ,H; , Linda ,G.;brown.F, Elizabeth, T., (1998), " Feisty Females: Using Children's Literature With Strong Female Characters". teaching children mathematics , Singular Publishing Group,Vol.5, No.2,PP .88-94

Katz, J. & White, P., T. (1997): “Introduction to The Handicap of Hearing Impairment: Auditory Impairment Versus Hearing Handicap”,In Hall,R.(Eds): Aural Rehabilitation Serving Children And Adults,pp.19-36(3rd ED), London, Singular Publishing Group, Inc.

Leverton , E., (1992)”A Clinician's Guide to Psychodrama”, (2nd ED) New York : Springer publishers.

Lillemor, R. , (1996): “Occupational Hearing Loss, Coping Family Life”, in Erlandsson, S. (Eds): Scandinavian Audiology, No.43,pp. 25-33

Lim, S., & Simser, J., (2005),"Auditory-Verbal Therapy for Children With Hearing Impairment", Annals Academy of medicine, Vol.34,No.(4), PP.307- 312.

Ling, D., (1990),"Foundations of Spoken Language for Hearing-Impaired Children.",Washington, DC: A.G. Bell, *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol.22, No. 12PP. 400-411.

Ling, D. (1994)." Introduction, In Estabrooks (Ed.) Auditory-verbal therapy".Washington,DC: A.G.Bell. *Journal of the American Academy of Audiology*, Vol.2, No. 2PP.406-414.

Ling, D., & Talbot, P. (2007)." Spoken Language Development for Childrenwith Hearing Impairment" AVI conference, New Providence, New Jersey. Retrieved February 22, 2007,from:http://www.listen-up.org/oral/birgit4.htm.

Lonergam, E., c., (1994):"Using Theories of Group Therapy", K.R Mackenzine (editors), Basis of group psychotherapy, pp.189-216.

Longman dictionary Of contemporary English , (1995):" The Complete Guide to Written and Spoken English."Longman Corpus network, British-national Corpus, clays LTD bungaysufalk.

Lord.G, Graham, (1985):"The Arts and Disabled People": the Attenborough report: London, Bedford Square Press.

Macklin, A.C. (1997):"Enhancing Wholeness, Creativity, and Connections in the Classroom the Union Iinstitute" Dissertation Abstracts International,Vol. 58No.11, p. 38-42. May.

Mcknight, C. & Schowengerdt, R., (2001):"Effects of Specific Strategy Training on Phonemic Awareness and Reading Aloud with Preschoolers" A comparison study. Unpublished MA.Dissertation. University of South Carolina

Mclintock,A.,(1984):"Drama for Mentally Handicapped Children", London, Souvenir Press.

Moog, J. (2000). "Auditory-Oral Education: Teaching Deaf Children to Talk. "Retrieved November 16, 2001, from **http: //www.healthyhearing.com** library/article content.asp article_id=136

Moore, C. G. Brain (1997): "Introduction to Psychology of Hearing", Forth-edition, London Academic Press.

Moreno , J, I , (1975): "An –Introduction to Group Psychodrama in G.M" Gazed (Editor), Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counseling , pp.69-100.

Moreno, J, L Rrichamann F.F. (1976):"Progress in Psychotherapy Psycho Grunge Stratton", new york London. *Arabpsynet Journal.* No.15–Summer 2007

Morethan,k. & Richard,j., (1980): "The Every Day Needs of Sick and Handicapped Children and Their Families", London, Tovistock Publications.

Mourrean,A.,Smith.(1994):“Enhancing–Educational Opportunities For Hispanic Student who are Deaf”, New York, Association for Belington Educational, Vol. (9), PP7-13.

Mullen, Y.,& Vonne,D., (1999): "Assessment of Preschool Child With a Hearing Loss Assessing in Screening Preschoolers": Psychological and Educational Dimensions, second edition.pp.340-359.

Naidty, S., (1995):"The Effect of One Early Intervention Program on The Language and Speech of Young Hearing Impaired ", University of Washington .

Otis-Wilborn, A. (1992)."Developing Oral Communication in Students with Hearing Impairments: Whose Responsibility" Language, Speech, and Hearing Services in Schools, No. 23,PP. 71-77.

Palmer. (1996): ”Counseling the Back Counseling Reader" British association for counseling”,. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Association, San Francisco, CA.

Pappas, G., Dennis (2000): “Diagnosis and Treatment Hearing Impairment in Children”. London, Singular Publishing Group.

Pollack, D. (1970)."Educational Audiology for the Limited-Hearing Infant." Springfield, IL: Chariest C. Thomas.

Pratt,B. & Sheila,J., (1993): " The Efficacy of Using the IBM Speech Viewer , Vowel Accuracy, Module to Treat Young Children with Impairment" *journal of speech and hearing research ,* Vol.36, No.65,P89

Renato,Y., (1996):" Act. And Psychodrama in Children": An Analytic question journal of Psychiatry – Analytical, vol. 15, no. (3)pp.219-224.

Renee, E., (1996): ”Drama Therapy and Psychodrama Integrated Model International “, *Journal Methods,* vol .50, no.3,p22

Robert, L., P., (2002):”The Use of Psychodrama in Group Therapy with Patients Who Are Deaf “, Gallaudet University. Washington , D.C, PP.1-10.

Robertson, L., & Flexer, C. (1993). "Reading Development" A parent survey of children with hearing impairment who developed speech and language through the auditory-verbal method. , The Volta Review, Vol. 95, No (3), PP 253- 261.

Ronald ,F.& Graham,L., (1993):"Special Educational Needs" ,Routledge,London.

Rubin, A., (2005):" Auditory Input Therapy Using a Story to Treat Articulation Disorders," Dissertation Abstracts international , vol (44), No (1)p34

Schwartz, S., (1996): " The New Language of Toys, Teaching Communication Skills to Children with Special Needs for Parents England" Wood Bane House V. 289. PP.56-66

Spencer, P., (2004)."Individual Differences In Language Performance After Cochlear Iimplantation At One To Three Years Of Age: Child, Family, And Linguistic Factors."*Journal of Deaf Studies and DeafEducation*,Vol 9,No (4),PP 395-412.

Starr, A, (1997): "Psychodrama Illustrated Thereaphetic The techniques", Chicago, Nelson Hall, p21.

Stevenson, J.; McCann, D.; Watkin, P.; Worsfold, S.; Kennedy, C., (2010): " The Relationship Between Language Development and Behavior Problems In Children with Hearing Loss", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,Vol. 51,No. (1),PP. 77 - 83.

Stone, P. (1997). " Educating Children Who are Deaf or Hard of Hearing": Auditoryoral.ED414669.

Strong ,F&Michael, D.,(1988):"Language Learning and Deafness", New York, Cambridge, University press.

Strong, C., J., (1992)."Ski - Hi Home." Based Programming for Children with Hearing Impairments, Utah State Univ. Logan - Dept. of Communication Disorders.

Sue ,J., (1984). " Creative Arts Therapies Psychiatry", paper presented to the royal college of Psychiatry and college of Occupational therapy. *Journal of drama therapy*, Vol.3, pp.10-21.

Swink,R. &David,U., (1985): "The Use of Psychodrama with Deaf People ", *journal of group psychotherapy and sosociomentry*,vol.36,no.1,pp 23-29.

Turkington, C. & Sussman, E., A. (2000): “Living with Hearing Loss, The Source book for deafness and Hearing disorders”, New York, Cheek Mark Book.

Van, l., (2003):” Interaction Breakdown and Repair In Young Hard of Hearing and Hearing Children During Mother Child Iinteractions, ” Dissertation Abstracts international,,Vol.4 No.(7),PP 32-34.

Whiting, C.,&Linda, A., (1994):'Characteristics of Sociodramatic Play of Hard of Hearing Children and Its Relationship to Language Development '',University of Canda,New York.

Wynand,W.(1994).''Therapy with the Deaf Children'',Dissertation Abstracts International,Vol(54),no(11),pp.4034-4035 A.

Sarah, A.,(2000):”Designing Single Subject Articulation Treatment Studies Using Computer-Based” biofeed back, Dissertation Abstracts international, Vol. (38), No (6), p1612

Yalom, I.D Philip (1995): The theory and Practice of Group Psychotherapy, Basic Books, New York

Zapien, C. (1998). ” Options In Deaf Education-History, Methodologies, and Strategies for Surviving the System.” Retrieved July 15, 1998, from **http: //www.listen-up.org/edu/options1.htm#copyrig**ht